

MAY 23 1942

MAY 23 1942

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

610.
450.
P3
DIRETOR: **EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone 7-4020

Caixa Postal, 1874 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 ano . . . 30\$000. Por 2 anos . . . 50\$000.

OL. XLIII

Março de 1942

N. 3

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,5^{ra}45.

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%)

Eis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N.º 1860

(Esquina de Frederico Coutinho)

CAIXA POSTAL 951 - SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA - QUÍMICA
SERVICO ANTIRRABICO

Direção dos Drs. EDUARDO VIEIRA e HENRIQUE PEREIRA

END TELEGR. "LUZITA" Tele-Fones R-2121 e R-2111

HEMORRAGIAS

Medicação
de
urgência

Botropase
Pinheiros

Em
qualquer
hemorragia
ação imediata,
segura e duradoura
com 1 c.c. apenas.

8

r
.
a

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Sumário:

	PÁG.
Agua viva — Dr. Henrique Tschelnitz	199
Tumores ósseos (classificação, quadro radiológico e tratamento) — Conclusão — Dr. Ignacio L. Alves Corrêa .	207
A cirurgia da epilepsia essencial — Dr. Vicente de Mófena	225
Produção médica de São Paulo	235
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	235
Associação Paulista de Medicina	239
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia	269
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul	269
Literatura médica	272
Imprensa médica de São Paulo	276
Vida médica de São Paulo	281
Boletim do Centro Médico "Eurico Branco Ribeiro"	287

CITAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedimos encarecidamente aos nossos colaboradores que ao fazerem *citação bibliográfica* obedeçam rigorosamente às seguintes normas:

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS:

Nome do autor;
Título do artigo (em itálico ou entre aspas);
Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Mês (dia do mês, si possível) e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAFIAS:

Autor;
Título da obra (em itálico ou entre aspas);
Edição (si não for a primeira);
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Editor;
Cidade; e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirúrgicos*, I, 231, Sociedade Editora Médica Ltda, São Paulo, 1934.



*Contra as perturbações
da menopausa*

especialmente baforadas de calor, suores,
excitação, cefalea, insomnia, etc.

Klimakton

0,03 g de Ovaradeno, 0,006 g de Tiradeno,
0,15 g de Bromural e 0,15 g de Calcio-Diuretina

«A combinação feliz e desigualável»

na opinião de numerosos medicos.

Tubos de 20 e vidros de 50 drageas; 3 vezes
ao dia 1 a 2 drageas, tomem-se sem mastigar.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen % Rheno (Alemanha).

Para amostras é favor dirigir-se à Caixa postal 1651, Rio.

Os produtos KNOLL continuam a ser fornecidos normalmente

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitinguí, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 50\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLIII

Março de 1942

N. 3

Agua viva

Dr. Henrique Tschelnitz

Ex-perito juramentado de technica radiologica na Tchecoslovaquia

Existiria uma relação estreita entre a iontisação, o estado coloidal e a radioatividade: a iontisação comunicaria, por contato, uma carga aos coloides, acrescendo a atividade dos seus granulos, ao mesmo tempo que a radioatividade, emquanto persiste, manteria esses granulos em suspensão; desaparecida a radioatividade, precipitar-se-iam os coloides e a água se tornaria uma "agua morta".

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

"As aguas medicamentosas naturais", 1927.

Nesta obra sobrecitada, Eurico Branco Ribeiro, já 15 anos atrás esboçou o complexo total das idéias, que ocupam extremamente os físicos radiologistas de nossa época.

Na verdade: apesar dos alguns novos conhecimentos científicos, as aguas minerais, surgidas da profundidade terrestre, apresentam-se até hoje em dia, como criações duma extrema sensibilidade, cuja mais intima da sua natureza fica em muitos pontos ainda desconhecida. Foi Y. L. Wickham (París), que disse na ocasião do IV Congresso Internacional de Radiologia no ano 1934 em Zurich sobre as aguas radioativas muito pobres em mineralização, aguas estas, cuja eficiencia biológica não podia ser declarada do lado químico: "Il semble donc, que celles-ci soient véritablement vivantes, si l'on ose à employer ce terme; et de tous côtés l'on cherche à expliquer la raison de ce caractère bien particulier".

Talvez seria permitido dar um passo mais adiante, afirmando ter a água, que cobre, como é sabido, dois terços do globo, uma ligação estreita com a vida. A extremamente elevada aguosidade do corpo e suas células faz crêr que existe uma conjugação da água com todos os seres vivos e faz acreditar que a origem da vida podia ser procurada na água. Esta interpretação está inclusa também numa sentença que se acha inscrita na entrada do Museu de Helgolandia:

Tudo nasceu da água,
Tudo é sustentado pela água,
Oceano, dê-nos tua clemência eterna!

"Tudo é sustentado pela água". Deliberemos esta expressão poética um pouco mais intimamente. É de data recente o conhecimento de que certas reacções fisiológicas tem a subtilidade físico-atômica. É lógico, que a pesquisa biológica não se satisfaz mais com a física clássica, havendo necessidade do auxílio da nova física atômica. Aqui são permitidas algumas observações para um processo fisiológico desta categoria, sendo este o processo de "envelhecimento da célula" e da possibilidade do seu combate fisicamente compreensível.

A maioria das partes do corpo são coloides hidrofílos. O plasma sanguíneo parece uma solução fluida de colla, a massa dos músculos parece uma gelea mais grossa. E assim, como uma parte de colla consegue juntar até mesmo 99 partes de água, do mesmo modo alguns dos nossos órgãos internos, são muito ricos em água. De fato vivemos, segundo Heidenhain, por assim dizer, em "água corrente", que cuida constantemente da condução dos saes alimentícios e da separação dos produtos de eliminação, dos bilhões de células.

Com o ar que respiramos, com os vegetaes que alimentamos e com a água que bebemos, assimilamos constantemente pequenas quantidades de Radium, que existem dispersas e em proporções infinitamente baixas na atmosfera, na terra e nas fontes. A porção soluvel deste Radium, que chega ao nosso organismo por este modo, é colhida pela "água corrente" e conduzida às células. O protoplasma que enche cada célula, é um coloide altamente complexo, e a vida que se desenrôla na esfera coloidal, exige imperiosamente a manutenção deste estado singular. O alto grau de divisão das partículas, suspensas no protoplasma, proporciona uma enorme superfície interna, e assim pode-se também compreender, que as transformações vitais de força e matéria, neste modo tão minuciosamente divididas, podem-se realizar sem elevação da temperatura do corpo. Esta imensa superfície dos biocoloides é exposta a uma tensão super-

ficial, que quer obrigar as particulas a se juntarem. No estado de vitalidade da celula, a tendencia de repulsão, causada pela carga electrica equilateral das particulas, opõe-se a tendencia de contração. Devida á esta carga, as particulas protoplasmaticas se defendem contra uma mudança deste seu estado de suspensão, que seria a sua precipitação. Quando porém começa esta precipitação, a respetiva celula fica sendo indolente e não toma mais parte ativa nos acontecimentos vitais do corpo a que pertence, e finalmente morre por completo. Tem pois uma boa razão o fato, que a natureza, cuja finalidade manifesta-se de mil modos, conduz ao corpo o Radium, que distribue, apesar das quantidades infinitesimais, suas enormes energias, lentamente e segundo determinadas e imutaveis leis estatisticas. Resulta dessas exposições, dignas de atenção: a natureza escolheu justamente o Radium, quer dizer, uma materia de constante desintegração, para promover uma constante renovação da vida.

Os atomos do Radium, que gradualmente transformam-se em seus produtos derivados (Radium-Emanação ou Radon, Radium A-F), cuja totalidade emite raios de tres especies, que são muito importantes para a vida. Emquanto as pequenas quotas dos raios Gamma influem sobre o crescimento da celula (grandes porções destes raios, sendo estes da mesma natureza que os raios X, destroem, como é bastante conhecido, as celulas dos tecidos cancerosos), uma minima quantidade de raios Beta (electrons, cuja velocidade se aproxima da velocidade da luz) parece ser necessaria para o automatismo do coração, segundo as pesquisas, ainda disputadas, por H. Zwaardemaker. A maior eficiencia biologica cabe porém aos raios Alpha (consistentes de particulas materiais, nucleo-atomicas do elemento Helium e carregadas duma energia relativamente enorme). No balanço energetico da desintegração do Radium, os raios Beta ocupam sómente 4 %, os raios Gamma 7 % e os raios Alpha 89 % da energia total. Compreende-se pois, que um unico raio Alpha consegue animar centenas de milhares de atomos inertes. A oxidação intracelular — segundo Stoklasa “o motor da vida” — e consideravelmente intensificada pelos raios Alpha.

Como pode-se então interpretar esta “ativação protoplasmatica”, de ponto de vista fisico-atomica? — Muito provavelmente pela razão, de que pela constante ação dos raios Alpha, efeito micromecanico destas particulas materiais, são particularmente influenciadas as relações da permeabilidade das membranas celulares. Estas membranas não podem ser, no sentido comum, semipermeaveis. Elas devem deixar passar não sómente a agua, mas tambem as materias alimenticias, como tambem devem admitir a saída das materias decompostas, para serem eliminadas. Esta troca de materias parece ser ligada á uma relação

estreita entre a estrutura molecular das membranas, e a ação natural dos raios corpusculares. Sobre esse assunto o autor já deu algumas indicações num livro precedente.

Considerando os resultados obtidos na pratica medica, aproxima-se o pensamento, que por meio duma cura, bebendo aguas radioativas naturais na nascente, pode-se substituir uma eventual minoria no efeito da "radioatividade normal". Estas aguas radioativas naturais, em regra não contem substancias solidas instaveis, contendo porém geralmente a Radium-Emanação, o gaz nobre Radon, cuja radiação originaria Alpha diminui-se até a metade num periodo de 3.82 dias. Compreende-se por isso a grande vantagem que se tem, em tomar as aguas radioativas naturais na fonte, não só por causa dos efeitos das radiações, mas também devido ao estado coloidal d'uma pequena parte da mineralização, que parece ser sustida pela ação energetica das particulas Alpha. Estas partes coloidais possuem uma afinidade consideravel para com a albumina corporal e absorvem intensamente os ions dos saes. Por isso, parece compreensivel, que o efeito especial das aguas minerais bebidas nas fontes, é, d'outro lado, consequencia da ação aliviadora e intensificadora, existente entre os ions dos saes e a albumina corporal, Adjudicando à estes ions dos saes qualidades fermentativas, pode se concluir que reina uma conexão para com a vitalidade celular. Para tornar mais clara a significação de componente radioativa dos raios Alpha, tomemos por exemplo o caso da agua radioativa da Fonte Sonia em Vallinhos, que foi medida varias vezes, e cuja concentração de Radium-Emanação consiste em 10.5 — 11 Unidades Mache, referindo-se ao litro. A base dum calculo, que o autor comunicou num trabalho anterior nesta revista, esta radioatividade corresponde a uma emissão media de $1.293 \cdot 10^{75} \cdot 10^2 = 1,389.975$ de particulas Alpha. Admitimos então, que uma pessoa beba diariamente 5 copos de agua da Fonte Sonia, equivalente à 150 cm³ cada um, esta assimila todos os dias de sua cura 1,042.480 particulas Alpha. Não podemos dizer com convicção, que esta quantidade dos raios Alpha venha representar muito ou pouco para o referido fim: de acordo com as experiencias de J. Stoklasa chegou-se à um resultado, que o numero das particulas Alpha, emitidas num tempo determinado, ou, o numero das Unidades Mache, que correspondem as primeiras, não se acham numa relação direta com os efeitos fisiologicos. No julgamento duma fonte mineral, com respeito ao seu complexo radioativo (compreende-se por isto as radiações do Radon e dos seus produtos derivados, acercando-se, talvez, as radiações dos corpos solidos ou gazosos ainda não descobertos), deveria-se prepor a vista biologica na frente da vista fisico-química. Comtudo podemos aceitar estas 1,042.480 particulas Alpha como um simbolo de

eficiencia, lembrando-nos as palavras de J. Stoklasa: "E' em primeiro lugar o raio Alpha, que rejuvenesce com a sua energia gigantesca, as forças do nosso organismo, enfraquecido pelas doenças e esforços excessivos da nossa vida quotidiana".

Os dois fatores então: o estado coloidal e o micromecanismo radioativo, dão uma idéia do que significa a expressão "agua viva". Levando em consideração estas aguas minerais radioativas; tomemos como exemplo mais uma vez a agua de Vallinhos. E' conhecido suficientemente seu poder diuretico e sua eficiencia ligeiramente laxativa, que E. B. Ribeiro deu de recomendar seu emprego especialmente nos casos postoperativos; nestes os intestinos não devem ser irritados pelos meios drasticos.

Uma outra reflexão seria a seguinte: a quantidade do Radium, normalmente depositada no nosso corpo(nos ossos, no fígado e no baço) monta aproximadamente em $1.5 \cdot 10^{-8}$ gramas ou 0.015 microgramas. Esta quantidade produz 2.220 particulas Alpha por segundo, 192 milhões delas diariamente ou 5.760 milhões durante um mez. Durante um mez de cura na fonte acima citada, tomando agua na base de 5 copos cada dia, o corpo assimila cerca de 31.3 milhões de raios Alpha, o que significa um aumento do "bombardeamento corpuscular interno" por pouco mais do que um meio por cento.

Pode-se concluir por estes dados fisicos, não só a importancia vital do deposito natural de Radium no nosso corpo, más também, que já um tão pequeno aumento voluntario de sua emissão demonstra efeitos fisiologicos.

Endereço: Vallinhos, Hotel Fonte Sonia

BIBLIOGRAFIA:

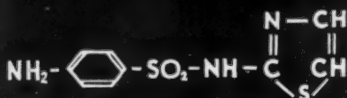
- RIBEIRO E. B., As águas medicamentosas naturais, S. Paulo-Editora Ltda., 1927.
- STOKLASA J., Biologia do Radium e do Uranium, P. Parey, Berlim, 1932.
- WICKHAM Y. L., Notes sur l'action biologique des eaux minérales naturelles, Relatorio do IV. Congresso Internacional de Radiologia, Georg Thieme, Leipzig, 1934.
- TSCHELNITZ H., Pesquisas das radiações em favor da Biologia, R. M. Rohrer, Praga-Leipzig, 1934. 2.^a edição, 1938.
- RIBEIRO E. B., Sobre o emprego da água de Vallinhos em cirurgia, Anais do 1.^o Congresso Brasileiro de Hidro-Climatologia, S. Paulo-Editora Ltda., 1937, p. 829.
- TSCHELNITZ H., Existe um perigo de um futuro dano pela administração do Radium ou Radium-Emanação? Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Vol. XXXIX, N.^o 5, 1940, p. 367.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

CIBAZOL



Sulfanilamidotiazol



PARA O TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO
DAS INFECCÕES
PRODUZIDAS POR

**PNEUMOCOCOS
MENINGOCOCOS
GONOCOCOS
ESTREPTOCOCOS
COLIBACILOS, ETC.**

TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS DE
0,5 GRs.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
RIO DE JANEIRO SÃO PAULO RECIFE

Tumores ósseos *

(Classificações, Quadro radiológico e Tratamento)

Dr. Ignacio L. Alves Corrêa

*Ex-assistente voluntário de propedêutica médica do prof. Jairo Ramos.
Ex-assistente de radiologia do Dr. Cassio Villaça e do serviço dos profs.
B. Montenegro e Alípio Corrêa Netto. Médico adjunto-voluntário do
Hospital São Lutz de Gonzaga (Jaçanã).*

(continuação)

TUMORES ÓSSEOS METASTATICOS

Compreende-se por tumor ósseo metastático o tumor que se desenvolve no esqueleto à custa de elementos tumorais oriundos de um tumor localizado em qualquer órgão; em geral, trata-se de um carcinoma.

As metástases do carcinoma no esqueleto são, às vezes, inumeráveis, o que facilita de muito o diagnóstico. O mesmo não se verifica quando a lesão é única. Nestes casos, são grandes as dificuldades para o diagnóstico.

O tumor primitivo epitelial do osso não existe por falta de uma base anatômica. Por este motivo, todas às vezes que for diagnosticado uma carcinomatose óssea é necessario pesquisar o foco primitivo donde partiu a metástase referida.

Dentre os tumores epiteliais, os da mama, próstata, tireóide e supra-renais, são os que mais, frequentemente, se metastaseiam no esqueleto. Deste, a coluna vertebral é a mais comumente atingida, seguindo-se, as costelas, esterno, bacia, extremidade proximais dos fêmures, húmeros, acrômio e crânio, em ordem decrescente de frequência, respectivamente.

O mecanismo de aparecimento das metástases nos ossos é conhecido: as células cancerosas atingem a medula por via circulatória, sendo aí retidas; desenvolvem-se, produzindo tumores secundários idênticos ao da sua origem. Os característicos plásticos do tumor comportam-se da mesma forma que aqueles que lhe deu origem.

* Continuação do número anterior.

Os processos com rarefação óssea (osteoclasia), podem ser bem observados nos corpos vertebrais, principalmente, quando ha em associação, achatamento das vértebras, que assumem, nestes casos, o aspecto de uma cunha, conservando-se íntegro o espaço intervertebral. Este fato facilita o diagnóstico. Quando os processos são, entretanto, do tipo produtivo (osteoplásticos), o corpo vertebral apresenta imagens de condensação, de aspecto mármoreo ou eburneo. Si as metastases são verificadas em diversos ossos do esqueleto, nestes casos, observam-se manchas opacas

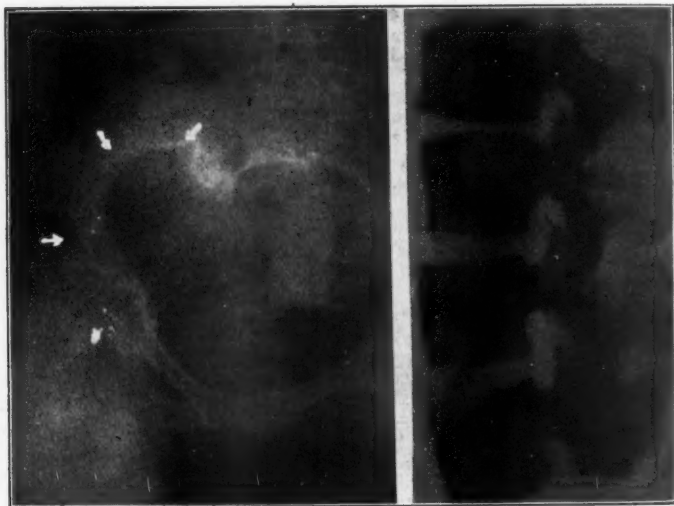


Fig. 12

Fig. 13

Fig. 12 — Sarcoma osteolítico primitivo do osso ilíaco direito, invadindo os contornos da cavidade cotilóide homóloga.

Fig. 13 — Vértebras em marfim (SCHINZ — metástase de Ca. da próstata).

nos ossos atingidos. Em alguns casos, a condensação óssea é muito intensa, uniforme, e, quando se localiza numa vértebra tem-se a chamada "vértebra em marfim". Esta lesão pôde ser observada em várias vértebras, concomitantemente (figs. 13 e 14).

As figuras 15 e 16 mostram 2 casos de carcinomas metastáticos, respectivamente, da mama e útero, localizados o primeiro, no bordo do omoplatea direito e, o segundo, no isquio esquerdo.

Devemos ter sempre nossa atenção voltada para os pulmões, quando, em um paciente, o diagnóstico de sarcoma de qualquer

12)



Fig. 14 — Vértébras em marfim (metástases de Ca. osteoplástico da próstata, na coluna lombar).

porção do organismo está estabelecido, pois, são frequentes e precoces as metástases pulmonares nestes tumores.

Como ilustração apresentamos a fig. 17, em que nódulos pulmonares metastáticos são observados em um paciente que apresentava um osteosarcoma da perna esquerda.

TRATAMENTO DOS TUMORES ÔSSEOS EM GERAL

O tratamento geral dos processos tumorais neoplásicos sempre suscitou muitas controvérsias, quanto ao processo terapêutico aplicado. Alguns autores acreditavam que o problema sómente poderia ser resolvido, exclusivamente, pela cirurgia; outros, pela radioterapia, e, outros ainda, pela associação cirurgia-radioterapia.

Estas dificuldades encontradas são consequências da não concordância das idéias reinantes.

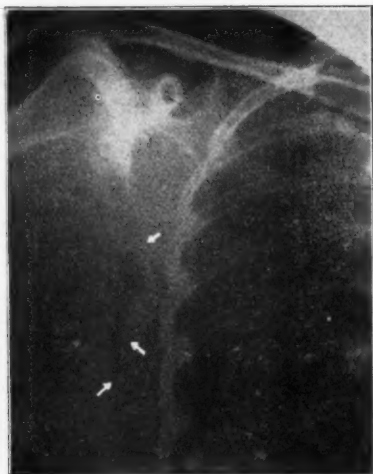


Fig. 15 — Metástase de Ca. da mama no bordo externo do omoplata direito.



Fig. 16 — Foco tumoral metastático no isquio esquerdo, de um Ca. do cólo uterino.

Desde ha muito, a terapeutica cirúrgica era a eletiva para o tratamento radical dos processos neoplásicos, isto porque, os raios roentgen, durante algum tempo, sómente forneceram casos de insucessos. O grande problema, entretanto, que necessita ser resol-
14)

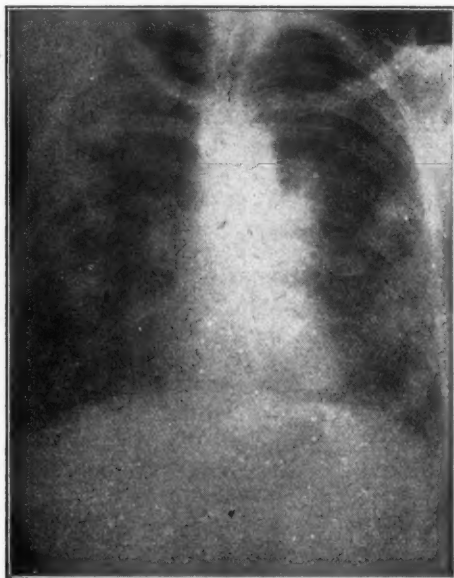


Fig. 17 — Nódulos metastáticos, tumorais em ambos os campos pulmonares, em um portador de um osteosarcoma da perna esquerda.

vido é o seguinte: em quais casos está indicado o processo cirúrgico e, em quais, o processo radioterápico.

Com a evolução e a crescente ampliação das aplicações terapêuticas dos raios roentgen, já existem autores que aconselham, exclusivamente, o tratamento radioterápico para a quasi totalidade dos tumores malignos.

O tratamento cirúrgico, entretanto, segundo outros, ocupa sempre a dianteira dos tratamentos das neoplasias, dada a sua precoce e ampla exérese, sobretudo, na fase primária do processo. Deduz-se, conseqüentemente, da necessidade de se fazer diagnósticos precoces, quer pela clínica como pelos subsídios afins.

“Grandes intervenções com um máximo de efeito, para lesões mínimas, diagnosticadas precocemente”, é o lema de uma grande parte de cirurgiões. Esquecem-se, entretanto, que operações mutilantes levam, muitas vezes, o portador da lesão neoplásica, à incapacidade física absoluta, quando hoje, com as grandes conquistas da radioterapia, as lesões neoplásicas podem ser curadas.

Não se diz que a probabilidade de cura radioterápica seja de 100 % sobre os demais processos de tratamento. "Mutatis mutandis" se diga do processo cirúrgico. Tudo depende de um grupo grande de fatores ligados não só à técnica aplicada como ao caso submetido ao tratamento. Para uma grande série de tumores malignos, a radioterapia é hedonista terapêutica, enquanto que, para outras formas, ela é absolutamente impotente.

Compreende-se, desta pequena argumentação, que da íntima relação entre radioterapeuta e o cirurgião, advém a orientação prática a seguir; aquele, procurando destruir, fazer regredir, estabilizar uma evolução fulminante ou esterilizar o neoplasma, e este, eliminando-o como auxílio da eletrocirurgia, como processo seguro de perfeita profilaxia.

Sendo o processo neoplásico uma alteração patológica ligada à estruturas celulares são suas células, caracteristicamente, dotadas de alto poder de multiplicação no meio do tecido são.

Baseados na lei estabelecida por BERGONIÉ-TRIBONDEAU: "os raios roentgen atuam como muito maior intensidade sobre as células quanto maior seja a sua atividade reprodutiva, quanto mais jovens as células, e, quanto menos fixas forem suas morfologias e funções", é que se estabeleceu a eletividade dos raios roentgen e raios gama do Radium, sobre as células neoplásicas.

Naturalmente, surge daqui a noção de "sensibilidade" que o tumor oferece ao tratamento. Antes, porém, falemos de passagem como agem os raios roentgen na intimidade dos tecidos.

Um feixe de raios ao atravessar os tecidos onde incidem, dão lugar: a) à *radiação difusa* produzida pelo raio incidente; b) à *radiação fluorescente*, que consiste na transformação de uma parte dos raios em radiações ondulatórias, donde a formação de raios secundários, pelos tecidos absorventes, e, c) à *radiação corpuscular* que são electrões produzidos pelos choques das radiações ondulatórias sobre os átomos. Admite-se, que os raios roentgen e gama do Radium agem sobre os tecidos pelas suas naturezas electrônicas.

Os electrões (dada à sua energia cinética e carga elétrica) produzem modificações nas condições elétricas das células, tudo dependente, o que é natural, da quantidade e qualidade da radiação absorvida. As alterações de algumas funções celulares são verificadas desde que a irradiação tenha sido eficiente.

Após o desequilíbrio da função celular poderá haver regeneração, ou então, morte celular, conseqüente à radionecrose.

Podem, portanto, as vibrações electro-magnéticas do eter alterar quer a constituição dos átomos como o estado coloidal das células influenciadas pelas radiações corpusculares, que são determinadas no sêio dos tecidos. Com isto, poderemos obter

quer o estímulo da célula, quer sua inibição, quer a sua morte, de acôrdo com as necessidades do caso a tratar.

Os primeiros efeitos observados com a aplicação dos raios roentgen foram fenômenos cáusticos da pele, que iam desde a simples depilação até à escara, o que bem dizia da ação destrutiva daqueles raios. Esta ação era verificada em consequência à pequena capacidade de penetração dos raios, agindo êles como cáusticos. Com o emprego de raios de menor comprimento de onda (portanto, de maior penetração) e, melhormente filtrados, tais efeitos desapareceram.

Os raios agem, somente, sobre certos tipos de células quer da superfície como da totalidade do órgão irradiado. A esta ação eletiva dos raios, e, de acôrdo com a maior ou menor rádio-sensibilidade das células, está ligado o tratamento dos processos neoplásicos.

E' interessante notar que os tumores apresentam-se com radio-sensibilidades diferentes: *uns*, são *muito sensíveis* por exemplo, o sarcoma de células redondas, carcinomas linfo-epiteliaes, etc.); *outros*, *medianamente sensíveis*, dada à pequena diferença existente entre a célula doente e a célula normal (exemplos: carcinoma baso e espino-celular da pele, os Ca. epidermóides evoluídos nas regiões mucosas, como da boca, faringe, esôfago, útero, etc.) e *outros*, ainda, *pouco ou quasi nada sensíveis* (aqueles cuja estrutura e diferenciação estão bem estabelecidas, como a maioria dos Ca. glandulares, sarcomas, etc).

Dois fenômenos são muito importantes e devem ser lembrados: a *rádio-resistência* ou *rádio-imunisação* e a *rádio-sensibilidade dos tecidos sãos*.

Os métodos aplicados para o tratamento radioterápico dos neoplasmas são vários, devendo-se cuidar da *dóse* a ser administrada, *qualidade dos raios* (filtragem e dureza) *número de sessões*, *tempo de irradiação* e o *intervalo* de tempo entre as doses.

Três são os processos geralmente descritos: — 1.º o processo da *dóse única* (creado por WINZ da escola alemã); 2.º o *método da saturação* de PFAHLER e KINGERY (tambem da escola alemã), e, 3.º o *método das doses fracionadas* (creado pela escola francesa, atualizado por COUTARD e adotado, quasi totalmente, na escola alemã por HOLFELDER).

Pelo processo da *dóse única*, faz-se a aplicação em uma só sessão, com uma dose maciça, na atualidade indicado, somente, para o tratamento dos casos de neoplasmas superficiais (cutâneos-mucosos), pouco extensos. Frequentemente, usa-se a dose total de 1.500 a 2.000 r.

MIESCHER apresenta uma estatística sobre um total de 321 casos da Ca. baso e espino-celulares, com uma cura de 92,8 %;

só sobre 16 casos de Ca. espinho-celular do lábio a cura atinge a cifra de 81,25 %.

O *método de saturação* de PFAHLER e KINGERY tem por base compensar, periódicamente, as perdas de energia radiante absorvida na dose inicial; aplicam-se doses suplementares nos dias subsequentes à primeira aplicação.

Acham os autores que com estas doses pode-se atingir células que não se desorganizaram, ou então, células que se acham em estado de menor resistência, com morte consequente.

E' de técnica difícil, exigindo conhecimentos e experiência do radioterapeuta para evitar, com o acúmulo de doses dadas durante um tempo excessivo, as atrofias, as fibroses, as necroses, etc., dos tecidos.

O *método das doses fracionadas*, adotado por nós, tem muitas vantagens, pois, permite aplicar dose maior ao paciente, com diminuição dos sintomas de mal estar geral e com reações locais dos tecidos, mais benignas; uma das suas grandes vantagens é de ter um alto grau de elasticidade de aplicação, ou melhor, permitir adaptação às características de qualquer um dos tecidos neoplásicos indicados à irradiação.

A base fisiológica do processo está assentada na experiência de REGAUD e FERROUX, que demonstrou: a impossibilidade de se obter esterilização do testículo do coelho com dose de raios, sem que houvesse, em consequência, graves lesões da pele e da mucosa ano-retal; este fato, entretanto, não é verificado quando as doses aplicadas são fracionadas, obtendo-se, consequentemente, a esterilização desejada.

Diante de um tumor maligno cujo tratamento se processa normalmente, vê-se o radioterapeuta, ainda, na obrigação de irradiar as regiões ganglionares tributárias da zona tumoral a-fim de prever o aparecimento de metástases.

Hoje, a radioterapia é a arma mais eficiente contra os tumores. Diz ROFFO, "que a radioterapia, atualmente, está na vanguarda da luta contra o cancer, limitando-se a cirurgia, quasi que exclusivamente, à aplicação de processos úteis para o tratamento das dores ou para a remoção de focos sépticos".

A radioterapia aplicada ao tratamento dos tumores ósseos ou mesmo a todos os tumores em geral, tem um grande valor de ordem particular, que consiste na restituição do equilíbrio, tanto biológico como morfológico, às células da zona lesada.

Em se falando de tumores ósseos, compreende-se, desde logo, que os que interessam, de modo geral, são os tumores ósseos malignos primitivos. E, falar de tumores ósseos malignos primitivos, é falar dos osteosarcomas, únicos passíveis de tratamento radioterápico.

Quanto às metástases ósseas ou tumores secundários, hoje, sua evolução poderá ser muito retardada com a teleroentgenterapia. Os tumores benígnos não entram em cogitação por pertencerem ao domínio da cirurgia.

A ação dos raios roentgen sobre os diferentes tumores é variável, e, isto, de acordo com a rádio-sensibilidade dos mesmos. Há casos, por exemplo, nos quais o tratamento traz rápida involução, enquanto que n'outros, quasi ou nenhuma alteração se apresenta.

Este fato ficou por muito tempo sem uma explicação plausível; hoje, entretanto, com os os conhecimentos da extrutura histo-patológica dos tumores, tudo se esclareceu.

Desde aí, conhecidas as extruturas histo-patológicas dos diferentes tumores ósseos, verificou-se que havia tumores cujas células predominantes eram rádio-sensíveis, e outras não. Deve-se anotar que rádio-sensibilidade não significa cura obrigatória.

Dada a variedade dos osteo-sarcomas, tumores essencialmente malignos, primitivos dos ossos, diz ROFFO, que o seu diagnóstico deve ser o mais apurado possível, usando-se para isso dos habituais meios diagnósticos, tais como: exames clínicos apurados, exames radiológicos cuidadosos ao lado de cuidadoso exame anátomo-patológico, etc.

Existe uma verdadeira anarquia quanto ao estudo dos sarcomas, tanto por parte dos anátomo-patologistas como em muito maior grau, por parte dos radiologistas. ROFFO exemplifica casos cujo diagnóstico radiológico foi de tumor de EWING e que, no entanto, o exame histo-patológico afirmou tratar-se de um osteosarcoma. Tal erro só será evitado, em parte, desde que o anátomo-patologista procura enquadrar o tumor dentro do tipo, o mais provável, devendo o exame radiológico seguir a mesma orientação, limitando-se o radiologista à descrição do tipo tumoral: osteolítico ou osteoplástico.

Partindo da premissa do conhecimento da forma extrutural e da radio-sensibilidade do tumor ROFFO divide os osteosarcomas, baseado nas suas extruturas, e, na sua radio-sensibilidade (esta, em ordem decrescente):

- | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|
| Quanto à extrutura . . . | { | a) Tumores à mieloplaxis |
| | | b) Sarcoma osteogênico |
| | | c) Tumores de EWING |
| | | d) Mielomas. |
| Quanto à rádio-sensibilidade: | { | a) Tumores de EWING |
| | | b) Tumores à mieloplaxis |
| | | c) Sarcoma osteogênico |
| | | d) Mielomas |
| | | e) Metástases e tumores benígnos. |

O tumor de EWING é o mais rádio-sensível de todos, observando-se desaparecimento da dor rapidamente, redução do tumor como não é verificada em nenhuma outra forma. O exame radiológico demonstra que ha desaparecimento da reação periosteal, calcificação cada vez maior dependente do tempo decorrido do tratamento. E', a-pesar-de tudo, muito rara a cura, dada a frequência das metástases precoces, tanto para os ossos como para os pulmões. Grande valor terapeutico tem, quando o diagnóstico é feito precocemente.

São os tumores à mieloplaxia ou de células gigantes os que dão maior percentagem de curas. Os sintomas subjetivos são os mais rapidamente melhorados, com redução do volume tumoral. Observa-se, após tratamento — 2 a 3 meses — suas modificações radiográficas: redução do limite e do volume do tumor com formação óssea, com grande depósito de cálcio tanto na cápsula como no interior do tumor (figs. 6, 7, e 8).

Menos sensível, ainda, é o sarcoma osteogênico. A-pezar disto, observa-se melhora dos sintomas com melhor estado geral; o tumor regride mas não desaparece; finalmente, dá-se intensa calcificação. Na maioria dos casos, infelizmente, reativa-se o tumor, surgem as metástases e sobrevém o término letal.

Os mielomas são, de todos os tumores ósseos, os menos sensíveis ao tratamento radioterápico. Observa-se, entretanto, uma certa regressão no tamanho dos tumores. O estado geral melhora muito com este tratamento, a-pezar-de ser o êxito letal infalível.

O tratamento radioterápico é benéfico sobre todos os sintomas, principalmente, sobre os subjectivos: desaparecimento da dor, ha volta do apetite e da côr, reaparece o bem estar geral, etc.

O método de tratamento estabelecido por ROFFO, assemelha se, em quasi tudo, ao nosso. Aconselha atacar os tumores com radiações duras, acima de 180KV., devendo os raios serem homogenizados com filtro nunca inferior a 0,5 mm. de cobre, n'uma distância de 30 cms. foco-pele. O tumor deverá ser irradiado amplamente, em vários focos cruzados ,atingindo mesmo tecidos vizinhos sãos, e, tendo boa dose destrutiva. Segundo o A., é necessário atingir altas doses em profundidade o que é possível aplicando a técnica de COUTARD ou a de HOLFEDER — o fracionamento das doses. A dose deverá ser de 2.500 a 5.000 r., baseando-se na sensibilidade da pele, idade do doente, etc., administrada entre 30 a 45 dias de tratamento. Alcançada a dosagem desejada na 1.ª série de aplicações, será obrigatório um descanso, variável de 2 a 4 mezes, de acordo com o estado da pele, para depois ser reiniciada uma 2.ª série de menor intensidade (neste caso, quando os resultados não condisserem com o desejado — reação fa-

vorável —, a 2.ª série deverá ser levada a efeito, mas com cepticismo, porque não se obterá a reação desejada, dado ao desencadeamento da radio-resistência do tecido).

CONCLUSÕES

1) As classificações clínicas dos tumores ósseos de CALVET e SCHINZ são ótimas e práticas, enquanto que a de GESCHICKTER e COPELAND é ótima, porém, no ponto de vista anátomo-patológico;

2) São os Raios X, o melhor elemento para orientar não só o diagnóstico como a suspeita da malignidade ou benignidade de um processo ósseo;

3) Em muitos casos, os Raios X, diante à localização e morfologia dos tumores ósseos, esclarecem suas origens: primitiva ou metastática (secundária);

4) O tratamento cirúrgico tem sua indicação, enquanto o tumor não apresenta propagação, ou, quando se trata de um tumor benígno; a sua associação à radioterapia deve ser feita sempre que possível;

5) A radioterapia é imprescindível no tratamento dos tumores ósseos malignos;

6) Serve a radioterapia para muitos casos, como meio auxiliar diagnóstico, baseado na radio-sensibilidade do processo;

7) A radioterapia quando associada à cirurgia, deve: a) precede-la, com o fim de esterilizar e reduzir ao máximo a intervenção cirúrgica, para destruir os resíduos tumorais; c) não deve se restringir, exclusivamente, à zona tumoral, mas ultrapassa-la, atingindo os tecidos sãos, periféricos; d) as regiões ganglionares tributárias dos processos devem ser irradiadas, a fim de evitar a disseminação metastática do processo primitivo;

8) A técnica indicada é a seguinte: a) raios duros de 180 kvs. homogenizadas com filtros pesados; b) doses fracionadas em fogos cruzados; c) dose "in loco" tumoral a mais alta possível; d) esta dose deve ser atingida entre 30 a 40 dias; e) descanso de 60 a 90 dias; f) novas séries, quando necessárias.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GESCHICKTER, Charles F., and COPELAND, Murray M.; — *Tumors of Bone*, The Am. J. of Cancer. 1936.
- 2) GONZÁLEZ, Julio C. L.: — "TUMORES". *Afecciones del tejido óseo*. Anatomia Patologica. Ed. "El Ateneo". B. Aires. 1936.

- 3) CALVET, Jean: — Les neoplasies osseuses. Encyclopedie medico-chirurgical. pag. 14028.
- 4) KAUFFMANN, E.: — Trattato di Anatomia Patologica Speciale. Ed. Vallardi, 1929. pag. 1042.
- 5) GESCHICKTER and COPELAND: — Tumors of Bone. The Am. J. of Cancer. pag. 1, 1936.
- 6) FIALHO, Amadeu: — Sobre os tumores ósseos. O "Hospital", v. 15, n. 1, jan. 1939, 31-49.
- 7) LEDOUX-LEBARD: — Manuel de radiodiagnostic clinique. Ed. Masson et Cia. — 1933.
- 8) BAILEY, Cornelius O.: — Am. J. Roentg., Dez. 1936, v. 36, n. 6. pag. 980.
- 9) SILVA, Manoel Dias da: — Tumor ósseo de células gigantes. Cura pela radioterapia. Brasil Med. n. 30, 27 jul. 1934, p. 594.
- 10) ROFFO, Angel H.: — Los osteosarcomas. Diagnostico y tratamiento. Bol. del Inst. de Med. Exp. n. 51, XVI, Agosto 1939, p. 339.
- 11) CAPIZZANO, Nicolas: — Radiumterapia do Cancer. Bol. del Inst. de Med. Exp. XI, n. 37, Dez. 1934, p. 823.
- 12) CALDERON, Hector, R.: — Osteosarcomas. Bol. del Inst. de Med. Exp. XIII., n. 41, abril 1936, p. 142.
- 13) GIUDICE, Vicente del: — Bol. del Inst. de Med. Exp. XI. n. 35, abril 1934, p. 75.
- 14) SCHINZ, H. R., BAENSCH, W. FRIEDL, E.: — Roentgendiagnostico. Salvat Ed. S. A. — Barcelona.

*Lembramos aos exmos. snrs. Médicos
a vantagem do*

BILIDRENO

Dois tipos **COMPRIMIDO**
GRANULADO

**EFEITO SURPREENDENTE NAS MOLESTIAS DO
FIGADO**

SUA FORMULA E' UMA GARANTIA

BOLDINA — MAGNESIO — PEPTONA

PRODUCTO DO LAB. DR. LUIZ PEREIRA BARRETO

Rua Victoria, 660 — S. PAULO

REPRESENTANTE NO RIO DE JANEIRO - B. MATTOS & CIA. - R. S. JOSÉ, 66

A cirurgia da epilepsia essencial

Dr. Vicente de Módena

Membro correspondente da Academia Nacional de Medicina

A ancia com que vem sendo procurada a cura do *Morbus sacer*, lançando-se mão de quanto agente terapeutico se afigura suscetível de trazer o tão almejado objetivo, demonstra claramente a complexidade do assunto.

Datam de 1881 as primeiras tentativas cirurgicas.

ALEXANDER sugeria, nessa época, que se abordasse o simpatico cervical.

Lançada a idéa, os cirurgiões atacaram com entusiasmo e dentro em breve apareciam as observações de JONNESCO, ALEXANDER, KUMMEL, BRAUN e REHN.

Destacou-se ALEXANDER que, sempre incansavel, orientava os seus esforços no sentido de diminuir o affluxo sanguineo ao cerebro, o que, a seu ver removeria a causa do disturbio.

Preconizou, por isso, a ligadura da arteria vertebral e mesmo de uma das carotidas primitivas.

Como fator subsidiario na gênese do acidente, julgava acertado apontar uma interrupção na condução nervosa do simpatico.

Por essa razão aconselhou que se procedesse larga-manu à sympatectomia cervical, o que, no seu entender, seria suficiente para lograr o alvo visado.

Aberto o precedente, os entusiastas surgiram em grande numero, lançando-se resolutamente nesse novo campo de ação.

Com exceção de KUMMEL e BRAUN, os pesquisadores de então indicavam francamente o ataque ao simpatico cervical como processo eficaz para obter a cura procurada.

Juntamente com isso apareceram a variantes e o metodo inicial foi sendo aos poucos posto de lado.

Em medicina se observa um fenomeno interessante. Agentes e processos terapeuticos são relegados ao olvido, sem razão plausivel e, de uma hora para outra, trazidos à baila novamente, louvados e até endeusados.

Os modernos cirurgiões estão revivendo — ao que parece com bases bastante logicas — a idéa primordial de ALEXANDER, que mergulhou no esquecimento durante um lapso bem longo.

Está entrando em voga a simpatectomia peri-arterial (BONONETH — Rev. de Chir. — Vol. 63 — 1926) e são de domínio geral os notáveis trabalhos em que avulta, pela primazia e pela notoriedade justa que desfruta, o genio inconfundível de LERICHE.

Para ALEXANDER o ataque epiléptico seria determinado por um surto congestivo do cérebro.

Por isso — em sua opinião — havia necessidade de diminuir a irrigação cerebral.

Daí a sua indicação operatoria.

O andamento dos trabalhos incessantes trouxe, porém, como corolário a convicção de que não é a congestão, mas a isquemia, o responsável pelo desencadeamento do ataque epiléptico.

Por esse motivo ficam explicados os resultados improfícuos obtidos por ALEXANDER com a aplicação de seu método.

Com a intervenção sobre o simpático peri-carotidiano, com ou sem extirpação do ganglio cervical médio, apareceram os resultados brilhantes, que motivaram a persistência com que a moderna cirurgia procura sofregamente solucionar o intrincado do problema.

As aquisições recentes demonstraram que certas regiões, como a bi-furcação carotidiana, não constituem meros acidentes anatomicos.

No caso vertente não se trata de uma simples encruzilhada vascular, que obedece unicamente às leis da hidraulica circulatória. Esse ponto é a sede de uma sensibilidade particular e ponto de partida de uma série de reflexos com repercussão vegetativa (LÉGER).

A simples prova de TSCHERMAK, aliás, o demonstra.

A sensibilidade reflexógena do seio carotidiano não se limita à percepção de excitações experimentais, mas intervém de forma permanente na regulação do ritmo cardíaco e da pressão arterial. (LÉGER).

Para SICILIANO as carótidas exercem uma ação protetora em relação ao cérebro.

Encontrado um ponto de tamanha suscetibilidade, observadas as consequências decorrentes do ataque ao mesmo, fica aberta uma estrada larga e promissora para os estudiosos.

As primeiras tentativas cirúrgicas sistematizadas de LAUWERS (1930) foram de molde a incentivar cada vez mais os interessados.

E assim, passado apenas um ano, já foi possível apresentar um relatório de 17 observações. Nesse particular notabilizaram-se FERRIS, CAPPS e WEISS (1935).

Em 1939 LAUWERS modificou a sua tecnica, passando a extirpar o glomus carotideo, ao mesmo tempo que seccionava o nervo sinusal e ligava a carotida externa, acima da tiroidéa superior. Dessa forma pretendia aumentar a irrigação cerebral, não sómente o lado operado, como tambem do oposto, o que se processaria por via reflexa. (SCHNEIDER).

Ficava fóra de ação uma outra zona reflexógena, cuja existencia DANIELOPOLU demonstrou se encontrar ao nivel da origem da arteria facial.

Recentemente TOUPET e LÉGER conseguiram lançar de forma surpreendente e com uma casistica invejavel, a seu método pessoal, logico, magnifico e sobretudo eficaz.

Baseados nele e impressionados pelas bases rigorosamente cientificas em que se estriba e pelos resultados apresentados, entrevimos toda a extensão do novo campo cirurgico e não trepidamos em ingressar no mesmo.

Dada esta ligeira resenha historica, passaremos a fazer uma rapida revista do processo de Toupet e Léger, que utilizamos, com uma pequena modificação pessoal, e finalizaremos com algumas considerações sobre as complicações post-operatorias e sequelas.

INDICAÇÕES OPERATORIAS

Embora utilizada num grande numero de afeções, hyper e hipotensão arterial, hipersimpaticotonia, otoespongiose, em diversos casos de oftalmologia (MAGITOT) os melhores exitos foram obtidos na epilepsia essencial e nos sindromos de hiperrefletividade sinu-carotidiana.

A justificação da operação de LAUWERS reside nos seguintes argumentos de ordem experimental.

A anemia cerebral transitoria, devida a um espasmo vasoconstritor é considerada, por muitos autores, como responsavel pelo desencadeamento da crise convulsiva. A intervenção teria um efeito hiperemiante e poria o cerebro a salvo de novos golpes vaso-constrictores. Com esse fim LAUWERS procedeu à ligadura da carotida externa.

A excitação do sinus carotidiano determina no cão, mesmo anestesiado, crises convulsivas. (DANIELOPOLU, 1927). Com este autor concordam ainda TSINIMAKIS, OECONOMAKIS, HILL, ELSEBERG, STOCKEY, RADOVICI e MARCUS.

PISTOCCHI demonstrou que o sinus carotidiano pode intervir sobre a excitabilidade nervosa cortical e periferica.

PROCESSOS CIRURGICOS

A enervação sinu-cartidiana, que têm por fim a supressão do reflexo depressor, pode ser obtida por meio de seção do nervo carotidiano (HERING), ou do pneumogástrico e do simpático (BINET e GAYET).

Complexos e as mais das vezes insuficientes, esses processos ficam fóra de cogitações praticas.

Mais eficaz e positiva é a extirpação do glomus carotideo, após a simpatectomia peri-carotidiana, abrangendo não só a extremidade superior da carotida primitiva, como as bases das carotidas externa e interna.

Nesse ponto satisfaz completamente a tecnica de Toupet e Léger, que temos posto em pratica nos diversos casos operados, com uma pequena modificação pessoal, que dispensa manobras mais complicadas, como sejam a inversão das carotidas, e não exige o sacrificio de diversos elementos que atravessassem o campo (tronco venoso tiro-linguo-facial ou outros eventuais).

Com anestesia local pela Scurocaine a 1 %, nos planos superficiais e a 4 %, sem adrenalina, na adventícia e na periferia do glomus, não ha necessidade, salvo indocilidade do paciente, de mais.

Não cabe, nesta digressão, uma explanação sucinta da tecnica de todo o ato cirurgico.

Expusemos, em linhas gerais, em que consiste a base logica da intervenção e em que se resume a mesma.

A intervenção costuma ser bi-lateral. Ha observações nossas e alheias de casos em que um tempo só foi suficiente.

Os dois tempos raramente são feitos no mesmo dia. E' mais como um espaço de cerca de oito dias entre os dois.

POST-OPERATORIO

O post-operatorio costuma ser o mais benigno possivel.

Afóra o elemento dôr que é facilmente combatido com os meios usuais e que é de curta duração, o paciente nada mais acusa e pode levantar e andar.

Por mais extranho que pareça a supressão de um órgão regulador, de importancia consideravel, é absolutamente inocua.

"A nevretomia sinu-carotidiana não determina experimentalmente sinão modificações passageiras da pressão arterial, do ritmo cardiaco e da respiração.

Não deixa nenhuma sequela importante e perceptivel pelos meios atuais de investigação, e mantem os animais perfeitamente em vida" FROELICH.

Os trabalhos de CROMER e IVY, LERICHE, FONTAINE, confirmam cabalmente esta asserção.

Somente MAGINOT notou em antigos operados, na proporção de 1 por dez, uma certa hipertensão duravel.

A intervenção é delicada em extremo e requer uma soma consideravel de cuidados. Um pequeno habito, porém, é bastante para que isso deixe de representar inconveniente palpavel.

O cirurgião se a faz com facilidade à tecnica. Em 43 casos operados nunca tivemos acidente.

O ponto principal, sobre que se batem os autores, é a anestesia da furcula carotidiana, *com anestésico sem adrenalina*, afim de evitar a sincope ou um reflexo cardio-inibidor, determinado principalmente por uma tração um pouco rude sobre a carotida ou a excitação do nervo de HERING.

Temos visto por tres vezes a coincidência do ataque epileptico surgir durante o ato operatorio, quasi sempre no momento em que se procedia à manipulação das carotidas. O fato não tem gravidade nem inconveniente. Basta esperar.

CONTRA-INDICAÇÕES

A idade tenra constitue uma contra-indicação, dado o papel endocrino do corpusculo carotidiano e sua influencia sobre o crescimento. (BETKE, WERNER, FISCHER, KLUG). LAUWERS todavia operou uma criança de 3 anos e meio e a mesma não apresentou nenhuma perturbação secundaria.

A idade avançada constitue outra contra-indicação devido à fragilidade das arterias cerebrais e o facto da furcula carotidiana ser séde frequente de lesões de arterio-esclerose. A hipertensão arterial tambem contra-indica a intervenção.

TOUPET e LÉGER apresentam 80 observações, com 15 curas. 21 melhoras, 43 insucessos e 1 obito, 7 dias depois da intervenção, por ulceração da carotida.

A cura seguiu imediatamente ou pouco depois a intervenção nos 15 casos em apreço e ainda se mantem, embora decorridos em alguns até 10 anos.

Em alguns casos a cura se manifestou tardiamente, havendo uma demora de um ano para o desaparecimento das crises.

De nossas observações (43) temos cinco em que as crises desapareceram dentro da primeira semana e a cura se mantem respectivamente ha 14, 12, 10, 9 e 7 mezes.

Em outros as mesmas ainda persistiram, embora muito atenuadas e espaçadas, durante cerca de tres meses após a intervenção e hoje, pelas informações que temos apresentam apenas equivalentes. Outros, enfim, depois de dois meses em que as

crises se reproduziram com frequencia um pouco maior, acabaram cedendo paulatinamente, para reaparecerem com intervalos longos, intensidade bem mais reduzida e duração menor. 13 pacientes não mais sofrem ataques.

Em um caso de um antigo demente cerca de um mez após a intervenção o estado mental sofreu uma alteração notavel, reaparecendo a demencia, que cedeu pouco tempo depois.

Uma jovem de 19 anos, com estado mental precario e verdadeiramente confusional, com crises frequentissimas e fortes, sofre a primeira intervenção. Dois dias após apresenta duas crises, depois apenas algumas ausencias e dentro de dez dias tem alta com o estado mental completamente modificado para melhor, a ponto de causar espanto à propria familia.

Em nosso ativo podemos pois felicitar-nos com uma porcentagem aproximada de trinta por cento de sucessos francos, cerca de quarenta por cento de melhoras apreciaveis e o restante de casos negativo, sem acidente algum.

ACIDENTES DURANTE A INTERVENÇÃO

Tivemos um unico acidente durante o ato operatorio: um paciente sofre o segundo tempo da intervenção. Ao fechar a ferida, sem causa aparente, a carotida externa rompe-se no bordo interno, cerca de um centimetro e meio acima da bi-furcação e jorra em profusão. A ferida é rapidamente reaberta e com um pouco de trabalho o acidente é conjurado com a sutura do vaso, sem se tornar necessaria a ligadura.

A reconstituir os planos reaparece o sangramento intenso, julgando ser o mesmo devido ao afrouxamento da sutura, procuramos a carotida. Não é ela que sangra, porém, e sim a jugular interna, que não sofrera a minima tração nem manipulação, além de um afastamento levado a efeito com a maxima docilidade. Um pertuito no bordo interno é saturado e tudo acaba satisfatoriamente.

Porque o acidente? Uma fragilidade anormal dos vasos desse lado? E' possivel.

O importante, entretanto, é registrar que o post-operatorio evoluiu normalmente, mau grado a irrequietude do paciente.

Em todos os casos operados, convém frisar, a intervenção não acarretou agravação do mal. Si numa porcentagem relativamente diminuta ela se mostrou ineficaz, tem a seu favor o argumento valioso da sua perfeita inocuidade.

Esta cirurgia incipiente ainda incute ceticismo.

E' natural e humano.

Em mãos habéis como as de Alfredo Monteiro e Mariano de Andrade, entre nós, ela proporcionou resultados magníficos.

Em nosso modesto serviço, também, os exitos são francamente encorajadores.

Nada melhor do que o tempo para espancar a atmosfera de incredulidade.

O proprio Jesus Cristo necessitou desse fator para convencer a turba.

E' claro que o cem por cento não existe em nenhuma atividade do homem, e muito menos em medicina.

Onde, entretanto, havia unicamente o zero por cento, a repetição de varios sucessos não é acaso nem sorte.

Resta persistir, procurando sempre a luz e a maior perfeição possível.

E' o que estamos fazendo, dentro do ambito dos nossos recursos.

Esperamos, assim, dentro em breve, trazer a publico, um relato mais amplo e sucinto dos resultados conseguidos nesse campo ingrato, mas agora animadoramente promissor, que é a moderna cirurgia de epilepsia essencial.

Endereço: Rua Abilio Soares, 140

SUTURAS D & G - ESTERILISADAS PELO CALOR

MAXIMA FLEXIBILIDADE -
RESISTENCIA ABSOLUTA



Catgut, seda e crina
- Urgencia e Hospitalar - Catgut, crina e seda montado em agulha atraumática, reta, curva e 3/8 de circunferencia, o maior sortimento existente em agulhas atraumáticas.

Catgut, seda e crina montado em agulha atraumática de 00 a 8-0

Crina em um só fio com 4,85 mts.

LITERATURA A DISPOSIÇÃO DOS
SNRS. CIRURGIÕES E HOSPITAIS

DAVIS & GECK, INC.
BROOKLYN - N. Y.

AGENTE
AFRO CHIORBOLI
ALAMEDA RIBEIRÃO PRETO, 258
FONE 7-5485 — SÃO PAULO

REPRESENTANTE
para Rio e Estado

E. P. FIGUEIREDO

RUA ARAUJO PORTO ALEGRE, 70

Sífilis



RHODARSAN é o
mais moderno,
mais espirilicida,
mais tolerável
dos arsenobenzóis

CADA LOTE É SUBMETIDO A RIGOROSOS ENSAIOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS E CLÍNICOS, SENDO APRESENTADO COM A GARANTIA DOS ÓRGÃOS OFICIAIS DE CONTRÔLE.

NA CLÍNICA PARTICULAR OU HOSPITALAR
ESPECIFIQUE **RHODARSAN** AO PRESCREVER
ARSENOBENZOL

CAIXAS DE 1 E 10 AMPÓLAS DAS SEGUINTE DOSES:

I - 0gr.15	III - 0gr.45	V - 0gr.75	X - 1gr.50
II - 0gr.30	IV - 0gr.60	VI - 0gr.90	XX - 3gr.

RHODARSAN

O ARSENOBENZOL DA ATUALIDADE

CORRESPONDÊNCIA: *Rhoda* C. POSTAL 2918 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE S. PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 15 DE JANEIRO

Presidente : Prof. F. DE MOURA CAMPOS

O problema do leite em S. Paulo — DR. F. POMPEU DO AMARAL — De começo o A. esclareceu que sua convicção lhe criara o dever de reproduzir, em reunião de que faz parte, alguns conceitos que já tinha emitido parcialmente pela imprensa, acerca do problema do leite. Assim agira no proposito de prestar a colaboração que lhe fora solicitada para a solução de uma questão cujas dificuldades a generalidade dos nossos médicos bem conhece e melhor sente. Pareceu-lhe no entanto, que tal procedimento não fora bem compreendido por alguns de nossos técnicos em leite. Em consequência, provocara verdadeira celeuma. Quis, assim, comparecer à Sociedade de Medicina e Cirurgia, no proposito de dar-lhe noticia detalhada de seus trabalhos, afim de que os seus colegas pudessem formar seguro juizo a esse respeito.

Abordou então, a possibilidade de serem as virtudes nutritivas do leite modificadas por uma série de condições da raça e do trato que recebe o gado, bem como dos cuidados que cercam sua manipulação

(dilução, fervura, pasteurização, etc.). Considerou, antes de mais nada, a inconveniência de consentir-se na redução do valor alimenticio do leite tolerando a baixa de seu teor de gorduras para 3%, conforme já permitem nossos regulamentos sanitários. Após referir as condições que se exigem para que o leite constitua realmente um alimento saudavel, retratou as condições que oferece, em relação à produção, ao transporte, à manipulação e à entrega ao consumidor, o produto que se vende em São Paulo.

Em seguida considerou que o regulamento do comércio de leite, em vigor no momento, não admite que seja entregue ao consumo qualquer produto que não previamente pasteurizado. E, no entanto, não via razão plausivel para que tal conduta fosse preconizada, pois que, quando o leite é de boa procedência e desde que manipulado e transportado com todos os rigores da higiene, pode perfeitamente ser consumido crú. Revelou as alterações que sofre o leite, quando submetido ao aquecimento, seja da fervura, seja da pas-

HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIocardites - ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

teurização, as quais condicionam a redução do seu valor nutritivo e da sua digestibilidade. Citou considerável número de autores estrangeiros que tem responsabilizado o leite pasteurizado pela incidência do raquitismo e do escorbuto e lembrou que a provisão de um bom leite de vaca, para a alimentação dos lactantes, é das mais urgentes exigências da moderna higiene.

Referiu que, em Nova York, na Inglaterra, no Uruguái, em Paris, na Alemanha e em outros países se permite a venda e até se estimula a produção de leite crú de boa qualidade, para a alimentação infantil. Considerou que o relatório da Terceira Conferência Internacional de Alimentação, feito pelo prof. Pedro Escudero, diretor do Instituto Nacional de Nutrição da Argentina, condena formalmente a pasteurização obrigatória e a responsabiliza pela alta do preço do leite, que se eleva assim de 60% a 100% de seu custo como leite crú. Leu os depoimentos dos pediátras paulistas Drs. Margarido Filho e Olindo Chiaffarelli, salientando as consideráveis vantagens do leite crú, sobre o pasteurizado e trouxe outros concordantes.

Apontou, em seguida, o que se poderia fazer, no propósito de melhorar o abastecimento de leite, para a nossa população, chegando às seguintes conclusões.

E' preciso intensificar em nosso Estado, a campanha educativa e de assistência a criadores e vaqueiros, no sentido de interessá-los na obtenção de melhor produto, pela seleção e racionalização do trato do gado leiteiro; pela manipulação higiênica do leite; pela possibilidade de um transporte conveniente, etc.:

Urge classificar os leites do comércio, segundo os cuidados que cercaram sua obtenção e não impor

a produtos ótimos, exigências contraproducentes. E, o que se verifica por exemplo, quando a pasteurização é obrigatória para leites colhidos higienicamente e entregues ao consumo dentro de pouco tempo. Tal conduta servirá unicamente para reduzir-lhes o valor nutritivo e a digestibilidade e para apresentá-los aos leigos como produtos equivalentes a outros incomparavelmente mais impuros, em relação aos quais se precisará ter como obrigatória a pasteurização ou recomendar que se proceda à fervura dêles a domicílio, se a recusa definitiva não for a medida mais aconselhável.

Necessário se torna informar ao público sobre as vantagens e desvantagens das diversas classes de leites sobre os cuidados que devem tais produtos merecer no lar, sobre a maneira de empregá-los na alimentação dos componentes da família.

E' de toda oportunidade a promoção de intensa fiscalização do uso e da venda de leite, nas confeitarias e nos empórios.

Convém incluir-se a pesquisa de germens termófilos entre as práticas correntes do exame do leite.

E' indispensável aumentar-se a paga ao produtor — como máximo estímulo à produção de bom leite — e reduzir o custo deste como máximo estímulo ao acréscimo do seu consumo, presentemente bem pouco satisfatório, entre nós — e, para isso, suprimir o intermediário, que, em São Paulo, auferes os melhores lucros do comércio do leite, em detrimento da nossa pecuária e da saúde da população.

Os Drs. R. A. Leal, G. Fleuri e O. Gonzaga apoiaram o trabalho do dr. Pompeo do Amaral. Lembrou o dr. Otávio Gonzaga que devido à grande utilidade da palestra, deveria esta ser encaminhada ao Governo para a sua divulgação.

HEXOSE

GLYCOSE A 50% — VIA VENOSA

SESSÃO DE 3 FEVEREIRO

Presidente : PROF. F. DE MOURA CAMPOS

Gastrectomia total em um caso de cancer — PROF. ALÍPIO CORRÊA NETO — O autor apresenta o caso de um homem de 34 anos, portador de uma dispepsia há alguns meses, tumor palpável no epigastro. A radiografia revelou a presença de um tumor gástrico. Na operação verificou-se que todo o estômago estava infiltrado de tecido neoplásico, o qual também invadia o ligamento gastro-esplânico. Foi feita então a gastrectomia total, restabelecendo-se o transitio, pela anastomose termino-lateral précoica entre o esôfago e a primeira porção do jejuno. Também foi feita a esplenectomia. A operação executou-se há dois meses e meio o paciente sente-se bem, alimentando-se abundantemente e vai aos poucos readquirindo peso. O autor apresentou o paciente aos seus colegas em sessão, para que fosse verificado o seu bom estado. Lembra o autor que, no ano passado, comunicou à Sociedade um caso semelhante, recordando ainda um doente operado com êxito em 1909, por Arnaldo Vieira de Carvalho. O trabalho foi ilustrado com a apresentação de grande número de diapositivos e radiografias.

O problema do bocio endêmico — DR. ARMANDO DE ARRUDA SAMPAIO — O A. realizou uma

exposição circunstanciada dos dados estatísticos relativos à incidência e distribuição do bocio endêmico entre os escolares da capital e de municípios do interior, apurados em inquérito realizado em virtude do interesse que o assunto mereceu e continua merecendo da parte do dr. Francisco Figueira de Melo, diretor do Serviço de Saúde Escolar do Estado.

Depois de expor a situação atual do problema nos distritos que percorreu, o autor evidenciou, pela reconstituição histórica da endemia no Estado, a regressão que a moléstia sofreu em cerca de um século em consequência presumivelmente da melhora das condições gerais de salubridade das populações. Passando em revista os fatores etiológicos do bocio endêmico e suas formas clínicas, o autor encareceu o interesse científico do assunto e a importância sanitária da endemia, que ainda não mereceu o devido interesse por parte dos nossos pesquisadores. Como fato auspicioso, anuncia o início da profilaxia e tratamento do bocio entre os escolares dos distritos mais afetados da capital, determinado pela Diretoria do Serviço de Saúde Escolar, bem como prosseguimento dos estudos iniciados.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS
EM 4 DE AGOSTO

Presidente : DR. M. P. BARRETO

Sobre o *B. asiaticus* Castellani, 1912 — DR. J. DE TOLEDO MELO — O A. analisa o trabalho de Alves (1937), de que se valeu o Manual Bergey (1939) para colocar o *B. asiaticus* de Castellani

na sinomínia de "*E. coli*". Tal espécie, ora invalidada estava incluída em edições anteriores daquele Manual, no gênero "*Proteus*" talvez por má interpretação de um trabalho de Castellani (1920),

reproduzido em "Annales de l'Institut Pasteur".

O A. pensa que a circunstância de ter Alves incluído no grupo dos "coli" tardo-fermentadores da lactose, 32 amostras fidas, quando isoladas, como o "B. asiaticus", não oferece argumento seguro e indiscutível para a negação da espécie de Castellani. Tais amostras identificadas apressadamente e incluídas, de início, no grupo das bactérias fermentadoras de glicose e sacarose, com ácido e gás, inativas sobre lactose, seriam, de fato variantes lento fermentadoras da lactose do "E. coli" ou então verdadeiras amostras de "B. asiaticus" sujeitas a fenômenos de variação bioquímica, aliás já observados pelo A. (1937) com sete amostras de "P. asiaticus" acompanhadas durante 3 a 4 anos, não sofreu qualquer modificação digna de nota, em sua atividade bioquímica, conservando os caracteres primitivos que permitiram a sua identificação como "P. asiaticus" fato já observado por Sandiford (1935), em relação a três das 24 amostras por ele estudadas. Além disso, o A. tem isolado, tanto de fezes como de urina, amostras não fermentadoras da lactose, acompanhadas durante 30 dias, pelo menos, com todas as características do "B. asiaticus". Dispondo de uma estatística respeitável (112 amostras), Khaled (1922-1923) não só respeita a espécie "asiaticus", como confere a esta bactéria individualidade patogênica e sorológica.

O A. chama a atenção para a prática frequente de se classificarem certas amostras, sem critério, num dos grupos "Salmonella" ou "Proteus" pelo erro de uma leitura precipitada dos meios de prova.

O A. pensa que a respeito do "B. asiaticus" há um problema mais sério a discutir: o de sua posição sistemática. Não se pode, de fato, satisfatoriamente, colocar o "B. asiaticus" nos gêneros "Salmonella" ou "Proteus". O mesmo acontece em relação a outras amostras, bastante encontradíssimas nesta região, todas não gelatinolíticas, incapazes de hidrolisar a lactose ou

aptas, apenas a acidular, lenta e ligeiramente, este açúcar, fermentadoras de sacarose e salicina (com formação de ácido e gás), conjunta ou isoladamente, caracteres que justificariam a criação de um novo gênero capaz de acomodar a posição sistemática de certas espécies do grupo intestinal, atualmente inidentificáveis.

Infecção experimental de anofelinos de regiões indenes de malária — DRS. J. A. B. FONSECA e O. UNTI — Os AA. trabalhando com algumas espécies de anofelinos de zonas onde não é conhecida malária autóctone, pesquisaram a sensibilidade dessas espécies para os plasmódios humanos.

As espécies experimentadas foram A. (N.) "albitarsis" A. (N.) "oswaldoi var. ayrozai" A. (N.) "strodei" A. (N.) "argyritarsis" e "Chagasia fajardoi" perfazendo um total de 334 mosquitos dissecados e examinados.

Os mosquitos foram obtidos em capturas ou criação em laboratório e procediam das localidades de Guaratinguetá e Cunha (Estado de S. Paulo).

As experiências foram divididas em dois grupos; a) — provas realizadas na localidade de procedência dos mosquitos; b) — provas executadas na Estação. Experimental de Guarujá. A técnica usada foi semelhante para ambos os grupos e as provas foram executadas no período de dezembro de 1940 a julho de 1941. Para a maioria das experiências realizadas foram utilizados portadores de "Pl. vivax". Apenas dois lotes foram postos a sugar em portador de "Pl. falciparum". Foram constatados exemplares infectados, somente nos lotes alimentados em portadores de "Pl. vivax".

O grupo de provas realizado nas localidades de Guaratinguetá e Cunha abrangeu um total de 229 mosquitos das diversas espécies, sendo que apenas 5 espécimens foram infectados, números esses que dão uma percentagem de infecção de 2,18%. No grupo de provas executado em Guarujá, foram dissecados 105 mosquitos das diver-

nas espécies, tendo sido constatada infecção em 31 exemplares, dando uma percentagem de infecção de 29,52%.

Os AA. notaram uma flagrante diferença no comportamento das espécies infetadas nos dois grupos de provas. Não considerando devidamente esclarecida a causa dessa desigualdade de resultados, julgam dever assinalar o fato, sem revesti-lo de cunho definitivo. Para u'a mesma espécie, os mosquitos alimentados e mantidos em Guarujá mostraram, de maneira clara, uma sensibilidade aos plasmodios humanos, muito superior aos espécimens alimentados e mantidos em Guaratingueta e Cunha. Assim, nas espécies infetadas experimentalmente essa desigualdade de resultados se apresentou nas seguintes proporções:

"A. (N.) "albitarsis": Guaratingueta 1,68% — Guarujá 31,64%

A. (N.) "oswaldoi" var "ayrozai": Guaratingueta — 6,45% — 50,00%

A. (N.) "strodei": Guaratingueta e Cunha 0.00% — Guarujá 36,36%.

Verificaram também que o prazo mínimo para a constatação de esporozoitos nas glândulas salivares foi de 8 dias para o "A. (N.) "albitarsis", em ambos os grupos; de 11 dias para o A. (N.) "oswaldoi" var. "ayrozai" no grupo a) e de 14 dias para o "A. (N.) "strodei", nos lotes, experimentados em Guarujá. Nas demais espécies não foram constatadas infecções.

Comentários: Prof. Pessoa — Perguntou se o colega fez o estudo dos gametóforos, antes de submetê-los à picada dos mosquitos, isto é, se foram tomadas as seguintes precauções: 1.º se os gametóforos do Vale do Paraíba, que deram menor proporção de anófelinos infetados, já não tinham sido quininizados, uma vez que a quinização poderia ter contribuído para que os anófelinos se infectassem em menor número; 2.º se a proporção de macro e microgametócitos estava dentro da que se re-

quer para que os mosquitos se infectem experimentalmente e se esta proporção era idêntica nos gametóforos usados no Guarujá e no Vale do Paraíba; 3.º se o número de gametócitos em relação aos glóbulos brancos estava dentro da regra para se obter anofélica, nos gametóforos de ambas as localidades assinaladas. Fez tais perguntas porque não consta do trabalho terem sido somadas as cauteles apontadas. Ora, êsse trabalho destrói idêias clássicas, pois anófelinos, em condições experimentais idênticas picando devem dar sempre percentagem idêntica de infecção, desde que sejam postos a picar bons gametóforos e é claro, guardados os mosquitos posteriormente em condições de temperatura, humidade, etc. iguais. Se assim é, só tendo certeza de que os gametóforos usados nas duas localidades eram idênticos é que se poderiam aceitar como certas as percentagens de infecção apresentadas.

Dr. Unti — Respondeu ao Prof. Pessoa dizendo que os cuidados apontados foram tomados. A nota foi trazida para mostrar a disparidade de infecção, obtida em anófelinos de regiões indenes de malária, quando se faz prova numa zona malarígena e não malarígena.

Dr. Barreto — Perguntou se as percentagens de infecção dizem respeito ao índice coeástico ou esporozóico.

Dr. Unti — Respondeu que tais percentagens se referem ao índice coeástico.

Dr. Barreto: Como se explicaria a disparidade? Por que haveria de o mesmo plasmódio causar percentagens tão diferentes de infecção de mosquitos da mesma espécie só pelo fato de serem as experiências conduzidas em locais diferentes? Se as condições experimentais fossem as mesmas, mosquitos da mesma espécie deveriam infectar-se em proporção idêntica, independentemente do local onde tivessem sido usados os gametóforos.

Dr. Unti : As causas da disparidade não sabe explicar. Está continuando estudos nesse sentido.

Prof. Pessoa : Para que os dados dos AA. possam ser aceitos é necessário se façam experiências no sentido de que o mesmo gametóforo seja usado no mesmo dia, num e noutro local. Gametóforos diferentes podem ser responsabilizados pela disparidade dos resultados obtidos ao conhecimento da Casa os resultados a que chegar.

Dados epidemiológicos da moléstia de Chagas numa zona restrita do Estado de São Paulo — DR. J. O. COUTINHO. — O A., após tecer comentários sobre a falta de estudos sistematizados quanto a epidemiologia da moléstia de Chagas no Estado de São Paulo, relatou, em nota, os resultados obtidos na fase inicial de um inquérito realizado em uma localidade (Núcleo Colonial Barão de Antonina de Município de Itaporanga, São Paulo, Brasil). Tendo separado 50 pessoas da localidade, moradoras em casas com triatomas infectados, encontrou 4 com "Trypanosoma cruzi" no sangue periférico, o que

dá uma percentagem de 3% de doentes. Como não houve escolha de indivíduos, acha que tal índice é muito elevado. Resaltou o valor do xenodiagnóstico como meio diagnóstico para a doença, tanto na fase aguda como nos casos crônicos. Chamou a atenção para a menor eficácia da gota espessa em relação ao último e descreveu o valor da intradermoreação com antígeno de "Trypanosoma cruzi". Teceu comentários em torno do tipo de habitação existente na localidade.

Comentários : Dr. Rosenfeld : Agradeceu a referência feita pelo A. a um seu trabalho a respeito da mesma moléstia.

Prof. Pessoa : Elogiou o trabalho e disse que a Comissão de Estudos da Leishmaniose, da qual foi diretor, vinha ultimamente dedicando-se ao estudo da tripanosomíase americana. Focalizou a importância que deve ter esse morbo entre nós. O xeno-diagnóstico positivo em casos em que não se suspeitava a moléstia, indica como pode ela passar despercebida se não empregarem métodos aperfeiçoados de diagnóstico.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 15 DE AGOSTO

Presidente : DR. ANIBAL SILVEIRA

Paraplegia espástica, compressão medular por tumor em D8. Cura cirúrgica. Apresentação do doente. — DR. CARLOS GAMA — O A. inicialmente faz a apresentação da história clínica do paciente, desde o seu início, evolução, antecedentes, etc. A seguir mostrou os resultados do exame neurológico, bem como complementares e que permitiram chegar a um diagnóstico preciso da altura do processo medular, ao nível de D 8. Descreveu a técnica operatória utilizada, mostrando as modificações introduzidas, tendentes a simplificar em muito a intervenção. Fez por fim a apresentação do paciente, evidenciando-se assim a cura da afeção. Projetou também um filme, apanhado durante a intervenção.

(48)

Comentários : Dr. Oswaldo de Freitas Julião : Teceu comentários elogiosos em torno do trabalho do A. principalmente no que diz respeito às modificações introduzidas que são grandemente vantajosas.

Dr. Aníbal Silveira : Elogiou o trabalho apresentado, que considera muito completo, não só no que respeita ao diagnóstico, como às modificações tendentes a simplificar a técnica operatória. Pediu ao A. que continue trazendo à Secção, o resultado de suas pesquisas pessoais.

Sobre dois casos de polioencefalite crônica — DR. OSWALDO DE FREITAS JULIÃO — O A. apresentou duas observações de

dois casos de polioencefalite crônica, salientando os dados mais importantes que o levaram a entabular tal diagnóstico. Mostrou os elementos de que lançou mão para estabelecer o diagnóstico topográfico das lesões. Procurou fazer o diagnóstico diferencial com outros quadros clínicos, documen-

tando as comunicações com filmes cinematográficos, relativos a ambos os pacientes.

Comentários: Dr. Aníbal Silveira: Considerou de grande valor o trabalho apresentado, agradecendo ao A. e pedindo que continue a trazer os seus trabalhos à Secção de Neuro-Psiquiatria.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE AGOSTO

Presidente: PROF. ANTONIO PRUDENTE

Cancer do colo uterino — PROF. JOSÉ MEDINA — O A. inicialmente focaliza a questão da importância do diagnóstico precoce do câncer do colo, como em todas as outras localizações de neoplasias, para o bom resultado do tratamento e consequente prognóstico da afecção. A esse respeito, dividiu o câncer de colo, em 4 estádios ou 4 graus, desde a localização apenas no colo, até à ulterior infiltração dos paramétrios e presença de metastase. Falou a respeito da sintomatologia, salientando a importância das metrorragias em mulheres com menopausa. A primeira suspeita deve ser a de um câncer do colo do útero. Focalizou a questão do diagnóstico que é fácil, principalmente se o processo já está adiantado. Maior importância tem do diagnóstico do pré-câncer, o chamado ectropium, que muitas vezes passa despercebido. Terminou a conferência, fazendo considerações sobre o prognóstico, que varia conforme a fase em que se encontra a neoplasia. Falou também sobre o tratamento.

Comentários: Dr. MATIAS ROXO NOBRE — Como comentador oficial do tema, abordou principalmente, como radioterapeuta que é, a questão do tratamento radio-terápico dos carcinomas do colo do útero, com o qual tem obtido ótimos resultados nos serviços em que trabalha. Considerou então várias questões técnicas, como número de aplicação, dosagens, etc., dizendo que o tratamento dá bons resultados quando tem a sua perfeita indicação.

Desarticação inter-ileo-abdominal — PROF. BERNARDES DE OLIVEIRA — O A. apresentou um caso clínico interessantíssimo, em que houve necessidade de se fazer uma desarticação inter-abdominal. Relatou a historia clínica do caso, apresentando o exame físico e exames complementares, que levaram ao diagnóstico. Fez considerações em torno da sintomatologia subjetiva e objetiva. Por fim encarou o diagnóstico do caso, que culminou com a indicação da desarticação inter-ileo-abdominal.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE AGOSTO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Pênfigo foliáceo e nanosomia (Nota previa) — DR. JOSÉ RICARDO GUIMARÃES — O A. justificou a importância da nota, mostrando que é a primeira vez que se relaciona o pênfigo foliáceo a distúrbios de crescimento. Apresentou um quadro demonstrativo de 18

doentes observados, em os quais confrontou dados de peso e altura com os correspondentes normais, assim como mostra os resultados animadores do tratamento. Observou o seguinte:

Número de doentes que contraíram o pênfigo antes da puber-

dade — 18; Número de doentes com perturbações do crescimento estatural — 17; Número de doentes com crescimento estatural atrasado antes da moléstia — 4; Número de doentes com crescimento estatural estacionário no início da moléstia — 6; Número de doentes com crescimento estatural estacionário posteriormente a moléstia — 7; Número de doentes sem perturbação aparente do crescimento estatural — 1.

Os pacientes obs. 217, 148, 372 e 465 foram tratados com Hormônio gonado trópico (Foluteina Squibb) os pacientes observados 488, 396, 469, 94, 374, 420, 419 e 212 foram tratados com H. somatotrópico (Squibb); os pacientes obs. 443, 482, 405, 489, 211 e 476 não receberam nenhum tratamento hormonal (testemunhos). Chamou particularmente a atenção para a constância do nanismo nos portadores de pênfigo que foram atingidos por moléstia antes de chegarem a puberdade. Mostrou a maneira como reagiram favoravelmente ao emprego do hormônio de crescimento (Squibb) os casos que teve oportunidade de tratar. Discutiu o tipo de nanismo que julga ser provavelmente pituitário, terminando dizendo que o início da hiposecreção de somatotropina (se anterior ou posterior ao estabelecimento do pênfigo) continua a ser uma questão em aberto a qual provavelmente dependerá para ser respondida de um prévio conhecimento da etiologia e do período incubatório do pênfigo foliáceo.

Comentários: Dr. João Paulo Vieira: Comentou o trabalho do A., dizendo que a incidência da moléstia atinge o seu máximo entre as idades de 14 a 18 anos, segundo uma estatística sua sobre 460 casos de pênfigo foliáceo. A idade mínima alcança 4 anos a 4 anos e meio. O maior interesse de estudo é pela incidência nesta baixa idade.

Prof. Mário Artom — O pênfigo europeu nunca aparece na infância e isto é um dos caracteres que o diferenciam do pênfigo tropical. Acha que a hipótese infantil é muito sensível às dermatoses. Ul-

timamente, na acrodinia infantil foram encontradas notáveis alterações hipofisárias.

Dr. Habib Carlos Kyrilos: Felicitou o A. pelo notável trabalho apresentado e fazendo suas as palavras do Prof. Artom referentes à importância do mesmo e às alterações hipofisárias assinaladas.

Dr. Argemiro Rodrigues Sousa Cumprimentou o autor pelo magnífico trabalho em o qual demonstrou riqueza de detalhes nas suas observações. Entretanto fez um pequeno reparo: é no que se refere a possível interferência de endêmias outras na produção da nanosomia, ponto este que deveria ser investigado.

Respondeu o autor, agradecendo os elogiosos comentários de todos os colegas. Quanto à observação do dr. Argemiro disse que no Serviço do Pênfigo Foliáceo esta parte da questão está afeta a outro colega o qual se acha mais em contacto com as populações rurais.

Estudos sobre a actinomyces Brasiliensis (Lindenberg 1909)

— PROF. DR. FLORIANO DE ALMEIDA e DR. CARLOS DA SILVA LACAZ — Os AA. iniciaram o seu estudo citando os trabalhos de Lindenberg publicados em 1909. Como o parasita descrito por Lindenberg foi colocado por muitos pesquisadores na sinonímia do *Pró actinomyces* asteroides, resolveram os autores realizar um estudo cuidadoso de várias amostras rotuladas como *actinomyces brasiliensis* e liosadas de vários casos de actinomicose. Analisam os caracteres dos grãos que se apresentam irregulares e sem clavas, mostram os principais aspectos da colônia em vários meios culturais, detendo-se no estudo da variação cultural do mesmo germe em meio de Sabourand-glicose. O aspecto microscópico das culturas revelou formas actinomicóticas, Gram positivas e não álcool-ácido-resistentes. Em conclusão, os autores afirmam que o parasita descrito pelo prof. Lindenberg é completamente diferente do *Pro-actinomyces asteroides* e a espécie deve ser mantida

como perfeitamente válida, conservando porém a denominação genérica de Actinomyces.

Fungos da cromomicose. (2.^a Nota) — Drs. FLORIANO DE ALMEIDA e CARLOS DA SILVA LACAZ — Inicialmente os autores estudaram o quadro clínico da moléstia, falando logo a seguir do seu diagnóstico. Falam do valor do exame dirêto que revela os parasitos sob formas características com coloração marron havaiana. Estudam os caracteres da colônia dos cogumelos isolados de casos de dermatite verrucosa, apresentando vários casos originais. Deteve-se no estudo microscópico das culturas achando que 5 gêneros devem ser mantidos, segundo o aspecto micromorfológico do fungo: 1) *Phialophobotryoides*, 3) *Hormodendrum*, 4) *Hormodendridres* e 5) *Phialoconidiophora*.

Apresentando grande número de microfotografias os A. A. defenderam o seu ponto de vista. Falaram a seguir do exame anátomo patológico e das inoculações em animais de laboratório.

Comentários: Prof. Dr. Mário Artom: Apreciou muito o trabalho apresentado, mas é contra o novo nome que eles propuseram para a cromomicose, pois, de acordo com o último Congresso de Budapeste, não mais se deve dar nomes de pessoas para as moléstias. Isto é motivo para muitas confusões em medicina. Na nomenclatura, é ideal sempre seguir-se um critério etiológico ou morfológico.

Dr. Humberto Cerruti: De acordo com o prof. Artom acha que não é boa a nomenclatura baseada em nomes de autores. No mais felicitou o dr. Lacaz pela apresentação do seu trabalho.

Fatores de ordem clínica que predispoem o "pênfigo foliáceo" — Dr. JOSÉ ARANHA CAMPOS — O A. apresentou algumas observações originais a fatores de ordem clínica que predispoem os indivíduos à aquisição do pênfigo

foliáceo. Depois de frisar que falava em caráter particular, relatando praticamente uma outra palestra que fizera há dois anos, naquele mesmo recinto começou o A. por aludir a um fato que desde 1938 lhe chamava a atenção, qual fosse o de que certas vítimas do "fogo selvagem" revelavam tendências atávicas evidentes a endocrinopatias. Desenvolvendo suas idéias partindo dessa premissa, fez projetar fotografias de enfermos ao lado de membros de suas famílias procurando assinalar a relação por assim dizer patológica existente entre diversos casos que ali examinava. Salientou a existência em tais indivíduos de distúrbios heredo-endócrinos, de provável origem hipofisária, capazes de produzir quadros familiares a que não faltavam o hiperpituitarismo, hipogonadismo, bem como "deficit" tiro-pituitário. Examinou numerosas observações pessoais de doentes atacados pelo "pênfigo foliáceo", quando ainda crianças e que permaneceram com a estatura estacionada, livres das transformações comuns da puberdade. A esse propósito fez referência a outro trabalho de sua autoria, explanado em 1940 na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas e publicado no Boletim daquela entidade, em abril do corrente ano. Naquela ocasião tivera oportunidade de salientar que nas formas graves o "fogo selvagem" além dos fenômenos cutâneos, apresentava graves distúrbios para o lado do sistema endócrino, principalmente para o lado da hipófise. Continuava o orador que convencido não só desse, como ainda de outro fato, também examinado na citada conferência, referente à interrupção do crescimento e à não eclosão da puberdade quando impúberes fossem as vítimas. Estas permaneciam crianças, sem desenvolvimentero das gonadas e sem cretinismo. Distinguem-se como "infantilismo distrófico" próprio das infecções crônicas gerais sendo as alterações endócrinas provavelmente de natureza secundária. Mencionou enfermos encontrados com altera-

ções da nutrição, tais como obesidade do tipo hipopituitário, hipotiroideu e hipogonadal muitas de caráter familiar e anteriores ao início do pênfigo acrescentando que os doentes nessas condições eram em menor número. Tratou ainda o A. da incidência do pênfigo entre indivíduos do sexo feminino cuja proporção é exatamente de 2 mulheres para cada casada de nossa casuística, 127 tiveram a dermatose iniciada em período consequente à gravidez e catalogadas da seguinte maneira: — 75 adoeceram após darem a luz (enquanto amamentavam); 36 no final da gestação e 16 depois do aborto. Apresentou ainda gráficos elucidativos, mostrando que o pênfigo também escolhe suas vítimas entre os que não tiveram suas gônadas em funcionamento. Finalmente combateu com veemência o tratamento arsenical relativamente ao "fogo selvagem", responsável a seu ver pelo agravamento do mal em numerosos enfermos. Chamou a atenção dos presentes para a circunstância de que alguns tratadistas estrangeiros recomendavam a terapêutica arsenical, ignorando certamente que no Brasil ela encontra a maior das contra-indicações. Fez novas projeções sobre doentes cujo estado se agravou porque se submeteram aos danosos efeitos do arsênico. Falou ainda sobre as anomalias de arcada dentária do tipo hipopituitário, hipotiroideu e hipogonadal encontrados nos doentes de "pênfigo".

Comentários: Dr. José Ricardo Alves Guimarães. As fotografias apresentadas pelo dr. José Aranha, evidentemente não dão uma idéia muito exata da situação. Devia dar-se mais importância à questão

da raça dos progenitores das crianças atacadas de fogo selvagem, pois talvez o excesso ou falta de altura que eles apresentam não passe de um fator racial. A questão dos distúrbios hipofisários também é importante pois eles podem ser devidos a uma alteração hipotalâmica e não hipofisária. Pode haver, por exemplo um indivíduo com acromegalia e cuja hipófise seja normal. Deve-se verificar a ação da sífilis e suas relações com o pênfigo.

Dr. João Paulo Vieira: Quando o pênfigo chega ao estado de distrofia, qualquer medicamento pode ser mau, até mesmo a sulfanilamida. Assim sendo o arsênico não pode ser responsável pelos estados de peora. Crê que o arsênico pode ser um bom tratamento para as formas frustas, se bem que seja tóxico para o estado de profunda distrofia. Quanto à parte endocrinológica, há necessidade de uma boa estatística, abrangendo todo o serviço para que se tenham dados mais claros. Quanto às relações entre o pênfigo e a carência alimentar, parece que são exatos, pois o pênfigo atinge mais a zona rural, onde é maior a desnutrição.

Dr. José Aranha Campos: Agradeceu a todos os que comentaram o seu trabalho. Respondendo ao dr. José R. Alves Guimarães, disse que de fato não levou em grande conta o fator raça. Entretanto, entre os casos apresentados há o de um preto gigante, que entretanto não é de raça nórdica, onde é comum a estatura elevada. Em outro caso, há uma criança cuja mãe é de raça italiana, e tem 1,95 de altura e as mãos 3 vezes maiores que o normal.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE AGOSTO

Presidente: DR. JOSÉ EURICO SANTOS ABREU

Cirurgia pediátrica — DR. GEORGE ARIÉ — O A. iniciou agradecendo ao presidente de Secção pelo convite que lhe foi dirigido afim de falar sobre a cirurgia pediátrica. Começou o seu trabalho

insistindo sobre a necessidade da denominação de cirurgia pediátrica, para o conjunto das intervenções próprias da criança. Pertencendo ao serviço de cirurgia do Prof. Antonio Prudente teve opor-

tunidade de operar e acompanhar vários casos af encaminhados, para correções de malformações. A observação desses casos lhe permite trazer algumas considerações sobre essa difícil arte de grande alcance social. A cirurgia pediátrica abrange toda a cirurgia geral adaptada à menor idade, e mais certo número de intervenções que no adulto são entregues à cirurgiões especializados. E' pois, preciso, que o cirurgião pediátrico esteja ao par da reação do menor, ao ato operatório, e deve conhecer o complexo "criança" no sentido físico, no sentido psíquico, em seus menores detalhes. A cirurgia pediátrica é pois, toda a cirurgia e mais ainda, pois ela cuida da restauração das malformações congênitas e das deformidades da adolescência. Nesse ponto, segundo o A., ela difere muito da cirurgia do adulto, pois que a noção de crescimento domina a sua patologia. Disse ainda que, a cirurgia pediátrica não deve ser considerada como um campo restrito da cirurgia geral. Deve pois precaver-se todo aquele que queira dedicar-se à cirurgia pediátrica, por tratar de cirurgia difícil e perigosa.

Passou, em seguida o A. a historiar a cirurgia da criança entre nós, insistindo sobre o fato de que ela deve pertencer a quem de direito, isto é, àqueles que sobre ser bons cirurgiões gerais, tenham uma segura orientação plástica e conhecimento da patologia infantil. Essa orientação plástica é imprescindível a todo cirurgião pediátrico.

Abordou também o problema do psiismo na infância, em relação ao ato cirúrgico, dizendo que o senso da inferioridade física é

muito precoce. Realçou por fim a importância da colaboração estreita entre cirurgião e pediatria, principalmente no que diz respeito à indicação. Abordou detalhes de técnica e também com respeito à indicação, conforme a idade.

Comentários: Dr. Auro Amorim: Fez considerações elogiosas ao trabalho apresentado, que apresenta aspecto interessante; a cirurgia pediátrica hoje já está em voga, mas entre nós ainda está no seu início. Muito bem frisou o A., que a mesma difere em muitos pontos da cirurgia do adulto. Muitos fatores devem ser abordados, e entre eles o problema da medicação pre-anestésica, que vem em muito diminuir o perigo do choque.

Dr. Leme da Fonseca: Perguntou ao A. o período de idade em que devem ser operadas as hérnias na infância.

Dr. George Arié: Embora trate mais de cirurgia plástica, entende que as hérnias na infância devem ser operadas com urgência, só quando apresentam perigo de estrangulação, pois do contrário podem esperar até uma idade um pouco mais avançada.

Movimento do berçário do Hospital S. Paulo — Dr. RENATO WOISKY — O autor apresentou à Casa, um relatório do movimento do Berçário do Hospital São Paulo, dirigido pelo dr. Pedro de Alcantara, mostrando os progressos de que tem sido acrescido, desde o seu primeiro relatório já apresentado em uma reunião anterior. Referiu-se principalmente às percentagens das diversas moléstias ocorridas.

TRANSPULMIN



Homburg

SECCÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA
EM 16 DE AGOSTO

Presidente: DR. GABRIEL PORTO

**Osteomielite difusa do crânio.
Operação de Furstenberg. Apresentação do doente** — PROF.

DR. MANGABEIRA ALBERNAZ — O A. apresentou um paciente em que se manifestou sinusite maxilar aguda, acompanhada de invasão do seio frontal. Sobrevieram, posteriormente, sintomas de septicemia, confirmada pelo laboratório. Com o emprego de "Sulfatiazol" (12 gramas por dia, 3 gramas de 4 em 4 horas), de transfusões e imuno-transfusões, o paciente ficou curado. Dias depois manifestou-se uma ósteo-mielite do frontal e do parietal, o que exigiu intervenção ampla. O caso foi estudado com todo o cuidado e o A. ficou alguns dias indeciso entre o tratamento conservador e o radical a Furstenberg. Decidiu-se, por fim pelo último. O ato operatório foi feito sob anestesia local. Efetuada a operação de Ogston-Luc, foi a parede craniana ressecada ao sabor das lesões. Descobriu-se, somente pelo som resultante do bater da goiva, um grande sequestro, sob o qual havia extenso abscesso extra-dural, com acentuada paqui-meningite. O sequestro foi colocado em meio de cultura, desenvolvendo-se em estado de pureza, o estafilócoco dourado. Dias depois foi realizada nova ressecção, sendo retirado com a goiva um fragmento de osso de 11 centímetros por 8 e meio, compreendendo parte do frontal e parte do parietal direito. Havia sob o osso, descolado a gaze, um abscesso em formação e paquimeningite em vários pontos. A táboa interna do osso achava-se gravemente comprometida. Após ainda alguns dias, foi retirado uma porção do frontal, do lado esquerdo, de 11 centímetros por 3. O autor apresentou as radiografias seriadas, os fragmentos ósseos, sequestro, prometendo comunicar o caso em suas minúcias, após, pelo menos, um ano de cura.

56)

Como coadjuvante do tratamento cirúrgico "Albucid" a 30% em injeções intravenosas diárias; pen-sos com mertiolato de sódio e depois com Albucid a 30%. Depois, injeções de vitamina C, extrato hepático, gliconato de cálcio a 10% e ainda vitamina D "pero os".

As operações tiveram decurso menos tormentoso do que seria de esperar. A hemorragia tremenda, o choque operatório muito intenso, que tornam o ato uma operação melindrosa, no opinar de Furstenberg, Mosher e outros não foram observados. Com a anestesia local, o paciente nada sentiu, não teve choque, e perdeu quantidade de sangue insignificante. Após a 2.ª operação, saiu da sala pelos próprios pés, negando-se a ir no carro.

O autor fez considerações a respeito de outros métodos de tratamento salientando o curso traiçoeiro do mal. Por baixo do osso com aspecto absolutamente normal há muitas vezes um abscesso extra-dural, que põe em perigo a vida do paciente. Por esse motivo o tratamento conservador perde dia a dia terreno. O A. mostrou-se partidário do método aconselhado por Furstenberg, nos casos crônicos ou de marcha silenciosa.

Desperta a atenção para o efeito da sulfamida e do sulfatiazol. Talvez a esta substância se deva, em parte, a cura da septicemia. É claro, porém, que ela não destrói o germem, tanto que a ósteo-mielite se apresentou após a cura do processo hemático. A ósteo-mielite parece mais ter sido consecutiva à septicemia (de que foi uma metastase) do que a sinusite, como acontece em cerca de 90% dos casos.

Comentários: Dr. Hartung: Sr. presidente, quando ontem pelo "Estado" soube da inscrição para hoje do dr. Mangabeira Albernaz, tratei imediatamente de estudar o

assunto que iria ser posto em foco. Isto por duas razões. Primeiro porque os trabalhos apresentados pelo autor se revestem sempre de tal base científica, que exigem nos coloquemos em bom plano se quizermos discutí-los; segundo porque a ósteo-mielite do crâneo é para mim objeto de particular interesse. Em 1938, apresentei ao Congresso Brasileiro de O. R. L., um caso de ósteo-mielite do frontal, cujo paciente veio a restabelecer-se. Vou citá-lo porque se tratou de um desses casos felizes e curou-se em uma cirurgia conservadora, o que vem colaborar a profunda observação do dr. Mangabeira, quando ele diz não ser possível uma orientação clínico-cirúrgica definitiva e sedimentada em face da literatura médica. De fato, aqui estão várias estatísticas que passo a ler e que demonstram o acerto das ponderações do dr. Mangabeira. O velho Killian, por exemplo, era contra a cirurgia, mas não nos esqueçamos da época de sua atividade. Depois Mackenzie, francamente favorável às grandes medidas cirúrgicas. Furstenberg, o campeão da cirurgia heróica. Mosher, Crowe, todos eles também patrocinando atuações radicais. Herbert Schmidt também recomendando a cirurgia larga. Depois Portman, moderado, opera ou deixa de operar conforme o caso, e finalmente Blair e Brow francamente conservadores. Da leitura desses autores e de outros, cujos nomes não me ocorrem neste instante, resultam três tipos de orientação. Uns radicalmente propensos à cirurgia larga e precoce, tipo Furstenberg. Outros, um tanto retraidos, operam uns doentes e tratam outros sem operar, como Portman. Finalmente os abstencionistas, conservadores, como os dois últimos americanos citados. O meu caso, apresentado no Rio, não se enquadra em verdade em nenhuma orientação, e o fato é que o doente está curado há três anos. Tratava-se de um doente de interior, advogado, promotor. Trouxeram-no à Capital, transportaram-no para o Sanatório Santa Catarina e chamaram-me afim de

vê-lo. Estado de coma. Quasi 40° de febre. Edema na região frontal e exoftalmia de um lado. Um seu irmão, médico, que o acompanhava relatou-me que tivera uma gripe dias antes e que sofrera depois violentíssimas dores na testa. Tão fortes foram as dores que chegara desacordado ao Hospital. O exame da fossa nasal revelou pús no lado direito. Puncionei, sem nenhuma anestesia o seio, desbastei o etmoide, alargando bastante com o Vachez o duto naso-frontal. No momento era tudo. Radiografia impraticável; Prontosil (não se conhecia ainda o germen) e septicemina. Iniciou-se logo enorme descarga de pús, mas o estado de coma continuou durante dois dias, tornando-se depois consciente. O edema da testa era porém ainda muito grande e em um ponto, mais para cima, já fora da cavidade do seio, notava-se uma saliência bastante pronunciada e de consistência talvez diminuída. Foi feita uma radiografia, mostrando a chapa uma destruição óssea. O radiologista interpretou a lesão como uma ósteo-mielite, independente do aspecto clínico, impressão confirmada depois no Rio, por outro radiologista em outra chapa. Detalhe importante e que não deve ser esquecido é que o sangue colhido demonstrou cultura positiva para estafilocócos. Usei então anatoxina e bacteriófago. Em resumo, foi um caso feliz de ósteo-mielite do frontal que se curou sem o radicalismo da operação de Furstenberg. Como se notava flutuação nas partes externas, posteriormente, foi feita também uma incisão larga, um pouco abaixo do supercílio, evacuando-se grande quantidade de pús. Não encontrei fistula neste instante, mas como o doente prosseguiu o tratamento no Rio onde mora a família, esta incisão foi aproveitada lá por um colega que me sucedeu, e que me relatou, pessoalmente, tê-la encontrado e alargado muito ligeiramente. De todo o desalinhado que disse, conclue-se: um caso de ósteo-mielite frontal, curado, há três anos sob uma cirurgia muito moderada. O dr. Mangabeira de-

monstrou sobejamente quanto conhece este gravíssimo capítulo de patologia. Não se descuidou de chamar a atenção para o fato de jamais ter usado a expressão cura. Temos pois de aplaudir-lo em sua reserva e honestidade científica, desejando que daqui um ano ou um ano e meio de novo compareça aqui, trazendo notícias do caso apresentado.

Pediu a palavra o dr. Rezende Barbosa: Sr. presidente, o nosso intuito não é outro que render uma homenagem ao autor pelo seu trabalho completo sob todos os pontos de vista, principalmente por trazer à Casa uma observação de ósteo-mielite dos ossos do crânio, lesão essa felizmente rara e de mortalidade sempre elevada. Tivemos ocasião de observar, durante a nossa curta experiência clínica de 6 anos, três casos fatais de ósteo-mielite dos ossos do crânio. Dois dêles na clínica particular do dr. Mário Otoni e o último no Serviço de O. R. L. da Santa Casa de São Paulo, há um ano, que foi por nós tratado e operado. O primeiro paciente, com bom estado geral, tratado de maneira semi-radical, isto é, conforme apareciam os abcessos descolando o couro cabeludo eram os mesmos incisados e retirada a zona óssea lesada circunjacente, chegando-se a expôr a dura de metade do arcabouço craniano. Quando tudo levava a crer que o processo já se encontrava debelado, surgiu a complicação — abcesso encefálico — e o paciente faleceu. O segundo paciente, jovem e em ótimo estado de saúde, com ósteo-mielite localizada no frontal, foi submetido ao tratamento conservador. Há anos já, no início da era sulfanilamídica, para esse paciente foram enviados da Alemanha, por via aérea as primeiras amostras do Prontosil. A reação apresentada pelo paciente ao medicamento era boa, mudando o aspecto da secreção purulenta. No entanto este paciente não escapou a uma meningio-encefalite aguda. Curioso é notar, e a observação está inteiramente de acôrdo com a do

A., que este segundo paciente passava admiravelmente bem com o uso das imuno-transfusões, levantando seu estado geral e melhorando as condições locais. O terceiro caso, ainda recente, foi por nós operado. Executamos um Furstenberg modificado, isto é, retirada de osso são concentricamente a 3 centímetros de distância do foco ósteo-mielítico mas retiramos somente a tábua externa. Dois meses após, com a necessidade de nova intervenção, pois o processo caminhava por ambos os parietais, durante a intervenção, que consistiu na completa retirada da tábua externa e interna, o paciente faleceu no meio a profusa hemorragia. Quanto à parte terapêutica exposta pelo A., não podemos compartilhar de sua opinião, relativamente à ação da sulfanilamida-tiazol. Disse o A. que a sulfanilamida-tiazol debelou a septicemia mas demonstrou-se ineficaz quanto ao processo osteomielítico de cultura pura de estafilocócos. Entretanto, perguntamos ao A. se não foi a sulfanilamida-tiazol para septicemia anterior, que diminuiu a virulência do germem e favoreceu o sucesso terapêutico cirúrgico posterior? Ultimamente tivemos ocasião de observar dois casos muito instrutivos de fistulas da parede anterior do seio frontal, em indivíduos operados por diversas vezes de sinusite frontal por via externa, fistulas essas que cicatrizaram após tratamento intensivo durante uma semana pela sulfanilamida-tiazol.

Finalmente, desejariamos lembrar a opinião de um autor norte-americano, que se não nos enganamos é Mosher, afirmando que a ósteo-mielite dos ossos do crânio caminha três meses na frente da radiografia.

Dr. Angelo Mazza: Disse que já teve o desprazer de defrontar-se com dois casos de ósteo-mielite do frontal. Diante do primeiro dêles exitou em relação a conduta terapêutica a seguir: intervenção ou tratamento conservador? Consultando a bibliografia da época, permaneceu, ainda, excitante em vista de ter encontrado duas es-

colas em conflito: o grupo dos intervencionistas e o dos conservadores. O segundo caso é mais recente, foi estudado em 1940. Tratava-se de ósteo-mielite, da táboa interna, na altura da parede posterior do seio frontal. Era um caso de localização bem definida e com pouca tendência à difusão. De 1936 para cá, tem acompanhado o assunto através de revistas, sobretudo americanas, verificando a tendência atual da maioria dos autores em preconizar o tratamento operatório, removendo radicalmente o osso doente. Resolveu ainda, em vista disto, intervir no 2.º caso, não porém, sem prepará-lo com transfusões e imuno-transfusões. No fim destas últimas, o paciente havia melhorado surpreendentemente. A radiografia praticada um mês após, mostrou o início da cura que se manteve nítida comprovando-se em nova radiografia um ano e meio após.

Dr. Roberto Oliva: Chamou a atenção para o trabalho de Jackson-Dickson, que recomenda o tratamento conservador nas ósteo-mielites difusas do crânio. Considera como conservador todo tratamento que se limita a abrir e drenar os focos supurativos. Com esse sistema conseguiu curar 10 dos 11 casos que teve oportunidade de tratar. Além disso a intervenção deve ser feita em momento oportuno, quando as defesas do organismo já se processaram e nunca precocemente. Pensa o orador que o doente do dr. Mangabeira Albernaz foi operado nesse prazo ótimo e por isso tem probabilidade de cura, embora ainda seja cedo para se falar em cura definitiva. Relatou um caso de sua clínica em que operado precocemente, não foi possível obstar a marcha da moléstia que progrediu para os ossos do crânio determinando uma meningite.

Dr. Rafael da Nova: Pediu a palavra para realçar a oportunidade do tratamento sulfamídico intenso empregado pelo autor, ao qual, segundo o seu entender se deve atribuir em grande parte a evolução lenta da afecção ósteo-mielítica. E' verdade que a evo-

lução maligna de certas ósteo-mielites agudas além da virulência do germem responsável, depende muitas vezes de condições gerais desfavoráveis do doente. A esse respeito, recordou um caso de sua clínica, o qual veio a falecer de um abscesso encefálico do lobo frontal com a complicação ósteo-mielítica de uma pan-sinusite exacerbada por uma afecção dentária aguda. Nesse caso a evolução desfavorável deverá ser atribuída em parte a um diabete do portador, indivíduo moço, que antes contraíra essa moléstia e dado como curado após tratamento rigoroso.

Dr. David Pol Fernandes: Lembrou um caso de sua clínica, de sinusite frontal fistulada, em que empregou, após intervenção a sulfamida (sulfatiazol), sem resultado satisfatório. Em vista disto resolveu recorrer à radioterapia e num espaço de tempo relativamente curto observou a cura do doente. Não sabe se poderá rotular este seu caso de ósteo-mielite ou de osteite do osso frontal.

Dr. Gabriel Porto: O caso apresentado pelo dr. Mangabeira Albernaz é, sob vários aspectos, bastante interessante. Nossa experiência clínica em matéria de ósteo-mielite difusa do crânio nos sugere a existência de duas formas clínicas, de evolução diversa. Uma conseqüente a um processo de septicemia, evoluindo, via de regra, benignamente e outra, aparecendo como complicação nas sinusites, de prognóstico mais severo. Da primeira variedade observamos dois casos, em crianças: num deles o processo de ósteo-mielite difundiu-se extensamente mas em ambos os casos conseguimos com o tratamento clínico a cura dos doentes. Por outro lado acompanhamos uma meia dúzia de casos conseqüentes a sinusite que evoluíram inexoravelmente para a morte. E' bem provável que nessas duas formas clínicas, seja também diverso o processo patogênico. A hipótese de Furstenberg tão bem documentada no trabalho agora apresentado, na propagação do processo infeccioso pela dura-mater seria aplicável a um grande número de casos

mas não a todos. Nos casos de ósteo-mielite difusa do crâneo curados pelo tratamento médico a propagação da infecção não se faz pela dura-máter mas sim exclusivamente pela via venosa por um processo metastático. A observação do dr. Mangabeira Albernaz apresentou uma etiologia duvidosa: um processo septicêmico e sinusal evoluíram conjuntamente mas os dados operatórios comprovaram a gravidade do caso, mostrando as lesões da dura-máter propagadora da infecção. Em tais casos justifica-se plenamente cirurgia ampla, recomendada pelos americanos e sabiamente aplicada pelo dr. Mangabeira Albernaz, com resultado tão satisfatório. Está de parabens o autor da comunicação pelo brilhante êxito obtido e por ter provocado em nossa sessão animado debate de assunto tão interessante para nossa especialidade.

Dr. Hartung: Quando se realizou o Congresso de Toronto em 1937, que reuniu a melhor estirpe dos especialistas americanos, Dordtce e Heilman, sugeriram um esquema sobre o quadro clínico das ósteo-mielites, que é interessante rememorar. Eles separam as ósteo-mielites em formas fulminantes, irradiantes e localizadas. As fulminantes são irremediáveis porque a cirurgia não tem mais tempo de beneficiar o doente. As irradiantes, quando a força de reação preconizam os AA. uma cirurgia moderada, aos poucos; se não houver tendência para localização, então entrar com os meios radicais que recomendam Furstenberg e outros (esta opinião colide com a maioria dos clássicos no assunto). Finalmente as localizadas são passíveis de operações parciais, tirando-se um a um, os sequestros, em diversas sessões cirúrgicas. Acrescentou que em janeiro do ano passado teve outro caso rotulado clínica e radiologicamente como ósteo-mielite. Abscessos e flutuações em quasi toda a cabeça; abriu oito focos e o dr. Piragibe que o sucedeu mais seis, ao todo quatorze incisões. Levou perto de três meses para restabe-

64)

lecer-se. Ainda espera os acontecimentos para se manifestar sobre a evolução.

Dr. Mangabeira Albernaz (encerrando a discussão): Muito de propósito, ao expôr a observação do meu paciente, não externei meu parecer a respeito da conduta do especialista diante de um caso que eu acabo de relatar. E' que eu desejava ouvir a opinião dos colegas da especialidade aqui reunidos.

Começarei por acentuar um ponto de importância que esqueci de citar no curso da exposição. Do pús obtido por punção asséptica do seio maxilar esquerdo, como do obtido do abscesso extra-dural (o sequestro foi lançado num balão com meio de cultura), foram conseguidas culturas em estado de pureza, e estafilocóco dourado.

O dr. Nova acentuou o valor do Sulfatiazol nas estafilococias. Também creio nele e não o discuto. Saliento, porém, que o efeito quimioterápico na droga não é tão absoluto quanto se diz. Se admitirmos que foi ele a causa da cura da septicemia (o que é discutível porque muitos casos de septicemia estafilocócica tem sido curados somente com transfusões e imunotransfusões) não resta dúvida que não teve o sulfatiazol a energia suficiente para destruir o germe, tanto que, após a septicemia, debelada com o emprêgo de 12 gramas diárias do sal, surgiu a osteo-mielite. Estou a crêr, de fato, se o sulfatiazol não curou a septicemia, atenuou muito a virulência do germe, e foi a causa principal da marcha sortida do processo ósseo. O que se deve assinalar é que a esterilização completa não foi conseguida com o sulfatiazol.

Acentuou o dr. Rezende Barbosa que as lesões radiográficas são muito posteriores às lesões ósseas iniciais como Mosher já assinalou. Sei que este autor reduziu a expressões mínimas o valor da radiografia, partindo do princípio de que as lesões destrutivas são muito posteriores às de invasão e congestão. Ainda assim, muito nos ajuda a radiografia, e nenhum especia-

lista pode dela prescindir no estudo do desenvolvimento do mal. No meu caso não posso falar ainda em cura definitiva. Mas a cura clínica baseia-se em argumentos de valor. O estudo radiográfico que permite observar não terem mais aparecido lesões ósseas há mais de um mês, a ausência de febre e a quasi ausência de pús, o estado geral ótimo (aumento de peso, etc.), o estado do sangue (contagem globular geral específica), etc., leva a crêr que o doente está curado, muito embora não seja impossível manifestar-se uma recrudescência. A pedra de toque na discussão foi, porém, a questão do tratamento se devemos recorrer ao conservador ou ao radical. A observação apresentada é tão cheia de ensinamentos que não permite mais titubear-se diante de casos de ósteo-mielites do crâneo. As lesões que o fragmento ósseo apresentado revela, sobretudo na cortical interna, as lesões encontradas na dura, o estado aparentemente ótimo do paciente, são uma prova indiscutível de que a época do tratamento conservador já passou. Nada provam os casos curados sem intervenção, pois que, em toda a patologia, a cura espontânea tem sido observada. Mas a verdade é que o médico não tem direito de ficar de braços cruzados, esperando pela ação da providência divina. Operar com largueza e precocidade é o caminho a seguir.

Não concordo com o dr. Oliva na questão da oportunidade. Diz Mosher, com toda a razão, que a cirurgia da osteo-mielite tem que ser precoce: "now or never" — agora ou nunca! No meu caso erre, porque fiquei indeciso por uns 15 dias e o estado geral do paciente era o melhor possível. A opinião dos mais experimentados — de Furstenberg, Yerber, Mosher, Hirst, Williams e Heilman, Mc Millan, entre outros — levou-me a desconfiar daquele aspecto benigno do mal e por isso, tomei a resolução de intervir. E' claro, pelas lesões ósseas encontradas, que a operação, devia ter sido feita muito

antes e que foi um erro postergá-la, pondo em risco a vida do paciente. Quero crer que, no meu caso a ósteo-mielite foi uma metástase da septicemia e não uma complicação da sinusite. Ao envez de observarmos, como é de regra, sinusite ósteo-mielite-septicemia, vimos sinusite-septicemia e ósteo-mielite. Em vista disso o caso foi mais favorável para o doente e para o médico. Não estou de acôrdo com a divisão apresentada em Toronto, que é aliás a da Clínica Mayo, em tipos fulminantes, localizado e difuso. Há um tipo localizado e outro difuso. O primeiro é quasi o que, para a esquematização de estudo, chamamos osteite, pois que, osteite e ósteo-mielite, no caso dos ossos chatos, não são entidades histo-patológicas diversas. O caso lembrado pelo prof. David Fernandes pode ser considerado de osteite. O segundo tipo é que, de acôrdo com a virulência do germen ou a reação mais ou menos deficiente do organismo, pode ser super-agudo (tipo fulminante), agudo, sub-agudo (como o caso ora apresentado) e crônico. Não entro em minúcias sobre o tratamento propriamente da ósteo-mielite (a vacinação intra-arterial de Boreli, a sulfamida intra-arterial de Branco Ribeiro, a radioterapia, etc.). Por não ter tido tempo de empregá-la embora estivesse resolvido a fazê-lo no caso em que o mal não fosse detido pela cirurgia, como aconteceu.

Contribuição ao estudo dos tumores raros da faringe: hemangio-endotelioma da hipofaringe — DR. MANGABEIRA ALBERNAZ e DR. RUI DE TOLEDO — Exposição de um caso de tumor do endotélio vascular da hipo-faringe, observado numa mulher de 21 anos. A paciente apresentou-se ao dr. Toledo com graves perturbações de respiração e de deglutição. O exame revelou um tumor algo volumoso, globular na faringe inferior. Traqueotomia seguida de faringotomia supra-ioideia com retirada do neoplasma. Oito meses depois começou de novo a

paciente a sentir a mesma sintomatologia subjetiva e, por isso, procurou o dr. Mangabeira Albernaz. Tal era a dificuldade respiratória que a traqueotomia foi feita imediatamente. O exame mostrou um tumor grande roliço, ocupando todo o lume da faringe laringéia. Por meio de faringotomia transioideia foi feita a extirpação do blastoma. Treze meses depois, morte com provável metástase bronco-pulmonar ou esofágica. O último exame, efetuado cinco meses depois da última intervenção nada revelara de anormal na faringe. A raridade de tais tumores foi posta em realce pelos autores. Na literatura mundial em 140 casos de endotelioma da área oto-rino-laringológica, apenas se encontram 46 casos de hemangio-endotelioma. Em nenhum a sede era a do caso em apreço! O tumor é maligno e recidiva facilmente. As metástases são raras e observam-se principalmente no pulmão e no fígado. O estudo anátomo-patológico

foi feito pelos profs. Carini, Lordy e Moacir Amorim. Os blastomas da espécie citada são muito raros. Na Clínica Mayo, de 1917 a 1930 inclusive, em 229 tumores malignos da faringe e das amígdalas, foram encontrados 4 casos de hemangio-endotelioma: um da amígdala da rino-faringe. No Instituto Oncológico de Leningrado, em 125 blastomas dos pontos supra-mencionados, não foi observado um caso sequer de tumor endotelial vascular.

Dr. Gabriel Porto: Foi pena que devido ao avançado da hora tenha o dr. Mangabeira Albernaz resumido o seu magnífico estudo. Trata-se de trabalho feito com todo o esmero e registando observação raríssima de caso clínico muito interessante. Cabe-me agradecer ao distinto consócio a contribuição de alto valor que trouxe a nossa sessão de hoje e congratulamo-nos com a Casa pelo seu retorno às nossas atividades, da qual há alguns anos se encontrava afastado.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE AGOSTO

Presidente: DR. PAULO DE ALMEIDA

Anemias perniciosas. Estudo clínico — PROF. CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS — O A. fez um estudo clínico completo das anemias perniciosas. Considerou inicialmente o histórico dos conhecimentos sobre o assunto, repassando a vasta bibliografia desde os primeiros conhecimentos sobre essa espécie de anemia, até aos mais modernos, dos nossos dias. Falou depois sobre a etiologia, relatando todas as causas que podem

produzir uma anemia do tipo pernicioso. Considerou então a sintomatologia das anemias perniciosas sendo que o diagnóstico seguro é dado naturalmente pelo quadro sanguíneo, que é bem característico, desde que se considere o valor globular, a percentagem de hemoglobina, etc. Falou ainda sobre o prognóstico, que varia, e depois sobre o tratamento que tomou um grande adiantamento, com o advento dos estratos de fígado concentrados.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE AGOSTO

Presidente: DR. FANGANELLO

Um caso de toracoplastia associada a pneumotorax extra-pleural — DR. FLEURI DE OLIVEIRA — Tratava-se de um doente muito antigo, com cavidade no lobo

superior esquerdo, e mais abaixo uma outra cavidade menor. O lado direito era praticamente são. A caverna era antiga. Feita a toracoplastia pelo processo de Semb

associada ao pneumotorax extra-pleural, obteve ótimo resultado. O estado atual do paciente é muito bom. A apresentação do caso foi muito bem documentada com radiografias e outros exames subsidiários.

Comentários : O caso apresentado foi discutido pelo dr. Dória, tecendo diversas considerações elogiosas em torno do trabalho (referindo-se principalmente à técnica de Semd, e insistindo de que se deve sempre operar o mais longe possível da lesão pulmonar.

O dr. Fanganielo também comentou o trabalho, dizendo que o A. não citou as indicações dessa associação, perguntando se no caso apresentado, essa associação foi feita, para o fechamento da 2.^a cavidade, ou se foi com o intuito de evitar o 2.^o tempo da operação de Semb.

O dr. Fleuri de Oliveira agradeceu os comentários e disse que os maiores perigos de supuração residem na má indicação e na falta de cuidado do próprio médico, coisas que não se verificaram no seu caso. Tem a impressão de que o maior perigo reside no post-operatório.

Sobre um caso de pneumotorax espontâneo — Dr. José ROSEMBERG — O A. apresentou um caso de uma menina japonesa de Mirasol, que há tempo atrás já

tinha sido passada na radioscopia sem haver sinais de lesão orgânica, e que já tinha feito uma cuti-reação negativa. Mais tarde, instalado um pneumotorax espontâneo, verificou-se a existência de lesão pulmonar e reação fortemente positiva para bacilo de Koch.

Herança e contágio na tuberculose — Dr. SOUZA SOARES — O A., num longo trabalho, sintetizou tudo o que há a respeito da momentosa questão da herança na tuberculose.

Iniciou o trabalho, fazendo um estudo bibliográfico da questão, citando os principais autores que cuidaram da mesma, desde os tempos mais antigos, até a nossa época e os estudos mais modernos a respeito. Apresentou depois diversas pesquisas realizadas.

Comentários : Dr. José ROSEMBERG : Fez calorosos elogios sobre o trabalho do A. e à guiza de contribuição, fez considerações interessantes sobre alguns pontos, principalmente no que diz respeito à resistência do organismo à infecção tuberculosa, referindo-se à questão dos bacteriófagos que para o bacilo de Koch não existe e nem mesmo meio de atenuação. Fez também citações interessantes que fazem pensar num certo papel desempenhado pela hereditariedade na infecção tuberculosa.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE AGOSTO

Presidente : DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS

Sobre um caso de calculose múltipla do rim em criança — Drs. OSÍRIS M. DE ALMEIDA e OTACÍLIO GUALBERTO — Os AA. trouxeram um caso, que observaram no Hospital Municipal, de um menino que se apresentou queixando-se de dores no flanco direito. Os exames de urina revelaram uma reação ácida e traços de albumina, dando o exame microscópico leucócitos. A radiografia revelou imagens de concreções múltiplas do lado direito, sendo a maior delas semelhante a um grão de feijão.

Foi feito também o urograma : o cálculo maior, apresentava o núcleo rarefeito. Foram praticados outros exames de fezes, que revelaram ovos de Ascaris, Ancilóstomos e Tricocéfalos ; da reserva alcalina, de tempo de coagulação e a reação de Wassermann, que se revelou duvidosa. Foi feito o diagnóstico de cálculos e múltipla do rim direito. Após preparação do doente, foi realizada a operação. Alguns cálculos foram retirados com relativa facilidade, mas outros, para serem retirados exi-

giram que se fizesse uma nefrotomia. Também foi feita a drenagem da loja renal. A operação decorreu bem e o post-operatório foi satisfatório. O exame químico dos cálculos deu como resultado : oxalato de cálcio.

Consultando a literatura, especialmente a literatura brasileira, verificaram os AA. que era reduzida a citação de casos de calcúlose renal na criança. O maior número de casos de calcúlose na infância, são de cálculos vesicais, e destes a maioria, são de oxalatos. Este é o primeiro caso aparecido no Hospital Municipal. Entretanto, na Faculdade de Medicina, em 13.000 necrópsias, foram encontrados 26 casos de calcúlose renal. Quanto à sintomatologia, é a mesma, tanto na criança como no adulto. Em todos os casos de dór persistente na região lombar, deve-se suspeitar de calcúlose renal. Também pode-se confundir com a apendicite e daí se aconselha radiografar todas as crianças com diagnóstico pouco preciso de apendicite. O prognóstico em geral é bom. Quanto à incidência, o dr. Jarbas Barbosa de Barros, verificou que no nosso meio, é a mesma nos dois sexos.

Comentários : Dr. Darcí Vilela Itiberê : Este trabalho é bastante interessante, em virtude da sua raridade. Junto com o dr. Souza Aranha, teve ocasião de estudar 102 casos, tendo apenas uma só vez encontrado a calcúlose na infância, em um indivíduo que tinha sido nefrectomizado aos 11 anos de idade. A maioria dos casos de calcúlose que tem tido ocasião de observar na infância é de calcúlose vesical, sendo a renal a mais rara. É importante levar ainda em consideração a questão alimentar, que tem grande papel na etio-patologia desta moléstia. De fato as observações revelam que esta doença é mais comum em indivíduos em estado de carência alimentar. Estatísticas feitas na Índia, China e outros países, confirmam estas asserções. Assim sendo, seria interessante no caso presente, que se indagasse

68)

das condições de vida da criança ; tratando-se no caso apresentado de uma criança que veio do interior, filha de colonos, é provável que esteja sujeita à verminose e à carência alimentar. Outra questão interessante na etiologia é a questão das anomalias, que aparecem com frequência na infância e que podem facilitar a formação do cálculo. Também seria interessante verificar se no caso presente há avitaminose A, que elucidaria o caso.

Dr. Osfris M. de Almeida : Disse que não foi feito o exame de hipovitaminose A, mas que vai providenciar para que seja feito. Quanto à carência alimentar, de fato o seu doente tem um desenvolvimento um pouco retardado, e além disso verminose. Não apresentava porém, nenhuma anomalia. Agradeceu os comentários do dr. Darcí ao seu trabalho.

Dr. Jarbas Barbosa de Barros : Agradeceu aos AA. do trabalho, e disse que espera ansiosamente o resultado do exame de hipovitaminose A. Chama a atenção ainda para o fato de a calcúlose ser muito mais comum nos outros Estados do que no Estado de São Paulo, talvez porque aqui a alimentação é mais eficiente.

Dr. Darcí Vilela Itiberê : Teceu comentários sobre a variedade dos cálculos e a sua relação com o metabolismo dos diversos sais. A hipovitaminose A, pode, entretanto, determinar qualquer variedade de calcúlose.

Operação de Coffey na extrofia da bexiga. Resultados de dois casos — DRS. DARCÍ VILELA ITIBERÊ E SILAS MATOS — Iniciaram os autores, dizendo que têm a impressão de ser a primeira vez que se trata perante a Casa, da operação de Coffey no tratamento da extrofia da bexiga. A extrofia da bexiga é rara e atinge mais o sexo masculino. É entretanto uma moléstia que determina uma mortalidade infantil bastante grande, pois dificilmente os doentes atingem a puberdade. A sua cura se faz pela operação de Coffey (primeira maneira). Apesar de

antes de Coffey praticar a implantação do ureter no intestino, a operação recebeu o seu nome, porque foi este autor que a metodizou. Os AA. relataram dois casos de extrofia da bexiga tratados com muito bom resultado pelo método de Coffey. Foi utilizada a técnica de Coffey primeira maneira, que na opinião dos AA. é a mais simples e a mais adequada para o caso; faz-se em dois tempos, no primeiro implanta-se um ureter e no segundo implanta-se o outro e posteriormente faz-se a retirada da bexiga. A seguir, os AA. fizeram comentários a respeito de várias outras técnicas, como a técnica de Coffey segunda e terceira maneiras e algumas variantes, a implantação de Meydel, a técnica de Seiffert, etc., cujos resultados não são tão bons como os de Coffey (primeira maneira). Em um dos casos dos AA., feito o primeiro tempo da operação, esperou-se algum tempo, até que a radiografia demonstrasse que o ureter estava bem adaptado em sua nova posição. Foi feita então a operação do lado direito. Esta espera tem a vantagem de em caso de haver anúria, não será uma anúria total, porque o lado esquerdo já estava bem adaptado. Com a intervenção do lado direito, obteve-se também uma adaptação muito boa. O caso foi operado há mais de um ano e o doente está passando até hoje muito bem, sem nenhum sinal de infecção. Apresentaram ainda os AA., uma radiografia de um outro caso, operado pelo mesmo processo, em que a via excretora do lado esquerdo sofreu bastante, mas cerca de um ano depois, uma nova radiografia demonstrou uma perfeita adaptação. Como conclusão, em vista de tais sucessos, os AA. aconselham a operação de Coffey (primeira maneira) para tais casos, sem receio de infecção, extase ou de dilatação.

No que se refere ao perigo de infecção os AA. não simpatizam com a intervenção em que se pratica a alça excluída, como aconselham certos autores, porque isto não resolve o problema, pois a

infecção se faz por via hemática, sendo a infecção por via ascendente secundária.

Quanto à idade em que deve ser feita a operação, os AA. aconselham os primeiros meses de vida, não só por uma questão afetiva em relação aos pais da criança, como também porque as crianças com extrofia da bexiga dificilmente atingem a puberdade. Acresce ainda o fato de que as crianças resistem perfeitamente bem.

Comentários: Dr. Octacílio Gualberto: Se bem que ainda não tenha tido ocasião de praticar tal operação, os resultados obtidos com o desvio da urina em casos de tumores da bexiga, segundo a sua observação são bastante desastrosos. Entretanto para os casos de extrofia da bexiga, os resultados parece que são bastante melhores.

Dr. Jarbas Barbosa de Barros: Os bons resultados obtidos pelos AA. vêm confirmar a indicação de tal operação. Quanto à idade em que deve ser feita a operação, está de pleno acordo com os AA. e deve ser nos primeiros meses de vida, não só pela parte afetiva dos pais, como também porque os que sofrem de extrofia da bexiga, dificilmente vivem além dos 10 anos. A operação em crianças, oferece entretanto sempre maiores dificuldades, principalmente no exame radiográfico das vias urinárias que é de grande importância.

Dr. Darci Vilela Itiberê: Agradeceu a todos os que comentaram o seu trabalho. Quanto à intervenção há ainda um cuidado que deve ser tomado: é que ela só deve ser feita, quando as vias altas excretoras são normais. Isto vem justificar mais uma vez a indicação da operação durante a idade jovem, quando com mais probabilidades as vias excretoras estão normais.

Extirpação com electrótomo de Stern Mac-Carthy de volumoso carcinoma papilar da bexiga — DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS — Tratou o A. de um caso de um indivíduo com 63 anos

de idade, que apresentava hematória, no qual a urografia e a cistografia revelaram um tumor papilar da bexiga. Feita a intervenção, foi retirado com auxílio do electrótomo, um tumor que pesava 35 grs. Durante o ato operatório, houve hemorragia, que o A. combateu com uma solução fraca de nitrato. Algum tempo depois da operação, foi feita uma nova cistoscopia, que revelou uma cicatriz absolutamente normal e ligeira hipertrofia prostática. O exame microscópico revelou um tumor papilífero com carácter carcinomatoso. Em vista dos ótimos resultados obtidos com o uso do aparelho de Mac-Carthy, o A. é levado a aconselhar o seu uso

nestas intervenções. De fato, o tumor sai de uma vez só, o tempo de hospitalização é reduzido, os riscos são menores e ao mesmo tempo podemos examinar a uretra posterior.

Comentários: Dr. Geraldo Vicente de Azevedo: Disse que a grande vantagem do uso dos aparelhos de aspiração em tais casos, é o fato de diminuir muito o perigo de hemorragia.

Dr. Jarbas Barbosa de Barros: O aparelho de Mac-Carthy, não serve para qualquer intervenção, como por exemplo da parede exterior da bexiga. O aparelho de aspiração se completa com o de Mac-Carthy no uso.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE AGOSTO

Presidente: DR. IVAN MAIA VASCONCELOS

Cistos da vagina — DR. LICÍNIO DUTRA — O A. iniciou a comunicação, fazendo uma revisão bibliográfica sobre o que existe a respeito da matéria desde, as primeiras observações relatadas, até às que se tem verificado nos nossos dias. Em seguida, abordou a etiopatogenia da afecção, estudando também a histopatologia. Apresentou as observações de sua clínica, que são em número de quatro, estudando os casos sob todos os pontos de vista. Considerou em todos os casos o diagnóstico e sua discussão, bem como o prognóstico que é bom, pois em geral, se trata de um tumor benigno. Referiu-se por fim, ao tratamento, que utiliza vários processos, sendo o mais utilizado, a ressecção.

Comentários: Dr. Ivan Vasconcelos: Agradeceu ao dr. Licínio Dutra, um tão completo estudo sobre os cistos da vagina, esperando que continue a trazer à Casa, o resultado de seus estudos.

Stilboestrol. Toxidez do mesmo por via parenteral — DR.

CLEMENTE DE MOURA — O A. considerou inicialmente as manifestações de ignorância, que geralmente apresentam as doentes tratadas, tais como vômitos, mal-estar geral, etc. Referiu-se depois aos estudos de vários autores sobre a stilboestrol, sendo todos unânimes em afirmar os bons resultados obtidos com esse preparado. Entrando a considerar o resultado das experiências pessoais, pôde afirmar que as manifestações tóxicas e de intolerância que o preparado apresenta podem ser observadas apenas com a administração do veículo usado.

Comentários: Prof. Quintino Mingoa: O prof. fez comentários elogiosos ao trabalho do A., dizendo que isso vem reforçar a opinião de que um preparado hidrossolúvel do stilboestrol, seria muito mais tolerável.

HEXAMYO — IODETO EM GOTAS

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 14 DE JANEIRO

Presidente : PROF. FLAMÍNIO FAVERO

Exame do conduto auditivo nas mortes violentas —

DR. JOÃO B. DE OLIVEIRA e COSTA JR. — O A. apresentou nota prévia sobre os seus estudos, bastante originais. Suas verificações, por ora, se processaram em casos de fraturas do crânio e de asfixias mecânicas (afogamento, soterramento e enforcamento), sempre com resultados valiosos.

Morimento da Secção de Biotipologia do Instituto "Oscar Freire" durante o ano de 1941 —

DR. MANUEL PEREIRA — O A. iniciou a sua comunicação fazendo ligeira apreciação sintética sobre o valor dos exames biotipológicos em seu aspecto médico-legal.

Fez também uma exposição sucinta das classificações biotipológicas de Viola e Barbara. Da primeira, ressaltou a importância da determinação do tipo morfológico e da segunda, o da craniologia constitucional, para os fins médico-legais.

Por último, deteve-se na apresentação dos dados estatísticos dos exames realizados durante o ano passado no Instituto "Oscar Freire", que atingiram o total de 650, distribuídos entre universitários (400 alunos e 200 alunas) e o restante entre os exames requeridos para os interesses da Justiça (sanidade física, mental, sexologia infortunística, etc.)

Sociedade do Serviço do "Prof. Celestino Bourroul"

SESSÃO DE 20 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. GASTÃO ROSENFELD

Valor do exame de fundo de olho em clínica médica —

DR. JOSÉ MENDONÇA DE BARROS — O A. diz de início que não visa na presente palestra fazer revisão de todas as afecções oculares do fundo do olho produzidas por doenças assestadas à distância, mas tão somente lembrar aqueles quadros oftalmoscópicos que podem servir para o clínico como um elemento a mais a juntar aos que já possui e com os quais possa estabelecer um diagnóstico ou cimentar um prognóstico em determinado caso. Recorda os métodos de exame de "fundus" e aborda as repercussões que têm as afecções neurológicas sobre a papila do

nervo ótico, passando em revista o edema de papila e atrofia consecutiva a este, a atrofia simples (parcial ou total), a síndrome de Foster Kennedy e a neurite ótica; trata do importante capítulo da hipertensão arterial e recorda aquilo que o clínico tem o direito de exigir e o oculista a obrigação de fornecer, isto é, dados sobre o estado da paredes arteriais, relações entre artérias e veias, alterações de calibre de vasos, modificações da papila ótica, anormalidades para o lado da retina em si (hemorragia, manchas brancas) dizendo que, para o catalogamento das alterações vistas, adota a classificação de "Wa-

gener em que 4 tipos são estabelecidos. Passa depois a cuidar das complicações retinianas do diabetes, as repercussões de doenças do aparelho cardio-vascular, das doenças parasitárias.

A drenagem aspiratória e permanente dos empiemas pleurais. Aparelhamento — DR. NAIRO FRANÇA TRENCH — O autor inicia a sua comunicação falando sobre a indicação operatória e reafirmando mais uma vez que a determinação do momento operatório oportuno é o 1.º fator de sucesso no tratamento da afec-

ção. Faz considerações sobre os elementos clínicos que devem servir de diretriz para a determinação desse "momento operatório". Em seguida considerando o caso do empiema, já perfeitamente evoluído, estuda a fisiomecânica respiratória em face da drenagem aberta e da drenagem fechada aspiratória permanente. Exibe o aparelhamento que emprega. Mediante um pulmão artificial de Morelli. Faz a objetivação do mecanismo da drenagem. Termina a exposição mostrando a documentação radiológica de alguns casos mais ilustrativos.

SESSÃO DE 20 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

Sobre dois casos de cirurgia do baço — DR. JAIME RODRIGUES — O A. apresenta aos colégas duas observações de seus serviços. A primeira, dum caso de esplenomegalia do tipo Banti, no qual teve a colaboração do Dr. Gumerindo Soares de Camargo. Tratava-se duma menina, de 11 anos de idade que procurara médico em virtude de processo disenteriforme recente, com sangue, e que contava história de vômito sanguinolento. Ao exame clínico, constatou o Dr. Gumerindo Soares de Camargo, existência de baço volumoso, sem ascite, nem aumento de fígado; ao lado disso a paciente se apresentava ligeiramente descorada, revelando o hemograma feito por essa ocasião: Hemoglobina 60%. Hematias: 3.260.000 mm³. Leucocitos 6.300 mm³. Eosinófilos 2%. Jovens 2%. Bastonetes 8%. Segmentados 59%. Linfocitos 23%. Monocitos 6%.

A pesquisa de hematozoários e a Reação de Wassermann no sangue resultaram negativas, como negativas resultaram as pesquisas para o lado da tuberculose. Os tempos de sangramento e coagulação eram normais. A prova do garrote foi também negativa. Nessas condições foi feita em 4/4/41, em Jundiá, a esplenectomia sob narcose pelo Balsoformio, com in-

cisão paramediana esquerda. Evolução post-operatória imediata boa, exceção de acidose surgida no 5.º dia mas prontamente jugulada pela terapêutica. O exame histopatológico do baço (que pesava livre do sangue 1.000 grs.) conclue por "Esplenomegalia do tipo Banti" Dr. Juvenal Ricardo Meyer. A evolução posterior do caso tem sido boa. Recentemente foi a Paciente submetida a uma apendicectomia por apendicite aguda, sob narcose pelo Balsoformio. O A. apresenta a peça e a doente. O caso 2.º é dum hematoma do baço, sem traumatismo aparente. Trata-se dum moço de 31 anos, internado em 30/8/1940, e que tivera antes de sua internação dois diagnósticos feitos fora do Serviço: um, de obstrução (que não resistiu a melhor exame), e outro de processo retroperitoneal, perinefrítico, que ficou mais ou menos estável até a operação.

Os exames pre-operatórios nada revelaram de anormal. A taxa de hemoglobina era de 75%, e os tempos de sangramento e coagulação eram normais. O exame radiológico concluiu por compressão do colon transversal, ao nível do ângulo esplênico, por processo retroperitoneal. Sob raquianestesia pela Scurcaina C a 5%, foi feita lombotomia esquerda, com

exame meticoloso do rim, tendo resultado absolutamente negativo. Aberto porém o peritôneo posterior, verificou o A. a existência de tumor intraperitôneoal, fazendo corpo com o baço. Fechou a lombotomia e fez laparotomia esquerda. Aberta a cavidade constatou existência de grande hematoma do baço sem sinais de ruptura do órgão.

Devido ao estado do paciente, foi feito esvaziamento, e tamponamento, e drenagem. No post-operatório houve derrame pleural esquerdo, tendo porém tudo se resolvido satisfatoriamente. O autor passa a seguir à fazer considerações sobre o diagnóstico e sobre a provável causa do hematoma. Pensa que se tratasse do baço anteriormente doente, e que, aos pequenos traumatismos, passados sem percepção, tivesse produzido o hematoma. Não encontrou caso semelhante publicado na literatura médica paulista, motivo pelo qual achou interessante apresentar o caso.

Comentários. — Dr. PERICLES MACIEL — Comentando o trabalho apresentado assinala que o pessoal do Serviço do Prof. Celestino Bourroul foi dos primeiros a indicar a esplenectomia nos casos de síndrome de Banti. Entretanto em vista da alta mortalidade que se houve natural retraimento com respeito a esta indicação. Por isso sente-se satisfeito ao verificar o êxito do Dr. Jaime Rodrigues o que prova que quando feita por cirurgião habilidoso e paciente a esplenectomia constitui uma intervenção sem grandes riscos. Acentua a seguir que a Síndrome de Banti tende a desaparecer substituída por entidades nosológicas bem definidas tais como, "Schistosomose, Doença de Frugoni", etc. Pergunta a seguir se no caso presente não foi pesquisado aos de Schistosomose mansoni.

Ac. Antonio Cardoso Franco: Comenta o 2.º caso apresentado pelo autor quanto ao diagnóstico. Crê que o diagnóstico feito, fóra do Serviço de obstrução intestinal tinha razão de ser. Cita as causas da obstrução intestinal como

a invaginação, cancer, aderências ou bridas, um tumor comprimindo o intestino, etc. No caso em questão como até a radiografia demonstra o hematoma do baço estava comprimindo o ângulo esplênico do intestino. Conclui, portanto que o paciente poderia apresentar-se com o quadro da obstrução intestinal cuja etiologia seria o hematoma do baço.

Integração fisiológica dos transplantes cutâneos — PROF. ANTONIO PRUDENTE e DR. GEORGE ARIÉ — Os AA. iniciam sua comunicação, justificando o termo "Integração fisiológica dos transplantes" que significaria a série de alterações funcionais da pele transplantada. No caso de um enxerto livre, o processo de integração é simples, dependendo exclusivamente da penetração no enxerto por parte dos elementos vitais, da região hospedeira. Nos enxertos pediculados as condições diferem; distinguem-se aí, 3 fases principais até atingir a completa "autonomização do transplante. Primeiro a intuição se faz pelo pedículo, secundariamente também pela região hospedeira e finalmente secundado o pedículo pela região hospedeira. Afim de estudar o processo de integração fisiológica desses transplantes, procederam os AA. à verificação de alguns testes fisiológicos. Procuraram estabelecer a sensibilidade tactil-diferencial, e a sensibilidade térmica, isto é, a apreciação entre dois pontos estipulados a temperatura cutânea e grau de sudorese. Para esse fim, lançaram mão de instrumentos de precisão como sejam o "Taylor Dermatherm" que lhes permite a medida da sensibilidade cutânea com uma sensibilidade até 0,1º de grau, um compasso de Weber para a medida da sensibilidade tactil-diferencial. Para medir a sensibilidade térmica, usaram os AA. o processo dos tubos e para a secreção sudoral empregaram uma mistura de tintura de iodo com óleo de ricino, fazendo-se reagir sobre o transplante, ao amido do arroz em pó. Passam a estudar minuciosamente a 1.ª série

de suas observações que se compõe de 7 casos, dando os resultados obtidos em suas pesquisas.

Comentários : Dr. Aldo B. C. De Finis : Lembra a origem endocrínica da mastite fibrosa cística.

Julga mais conveniente portanto o tratamento médico pelos hormônios gonadais antes do que a amputação da mama que é uma operação mutilante física e psiquicamente.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Neumotórax preoperatório — JOSÉ ARCE, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

O método de Arce do pneumotórax prévio na cirurgia endotorácica já ultrapassou as raíças da experimentação e está hoje consagrado como recurso de alta valia, não só do ponto de vista técnico, mas também como meio de diminuir a letalidade posoperatória. Depois de um tirocínio de mais de vinte anos, durante os quais o método foi aplicado largamente e durante os quais um estudo comparativo foi feito à luz das críticas as mais insistentes, José Arce publicou um livro inteiramente dedicado ao assunto, dando conta da sua larga prática e descrevendo, com minúcia, as vantagens do método. Fez também o A. um histórico da questão reproduzindo os acalorados debates que provocou. Trata-se de um livro que vem marcar uma conquista da cirurgia argentina. O volume contém 262 páginas, contendo 140 figuras.

Hígado y vías biliares — JUAN L. SILVESTRE, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

O livro traz o subtítulo seguinte: "exploração clínica". Visando, pois esclarecer a maneira de melhor se conhecer o estado da glândula jecoral e de suas vias de excreção, o A., que é professor adjunto da cadeira de Semiologia e Clínica Propedêutica da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires, desenvolveu o assunto de molde a orientar o médico prático nas contingências da clínica, tanto que a

idéia do livro nasceu do sucesso obtido com uma série de aulas ministradas no seu curso e nas quais havia procurado dar uma feição utilitária à maneira de expôr os ensinamentos. E daí resultou um excelente volume, de 366 páginas com 107 gravuras originais, capaz de dar orientação segura aos estudiosos das intrincadas questões da patologia do fígado e vias biliares.

Contribuição ao estudo da pelagra — B. MENDES DE CASTRO, DANTE GIORGI e JÚLIO KIEFFER, edição dos autores, São Paulo, 1941

Os trabalhos de colaboração estão aparecendo entre nós. E' um marco de progresso em nosso aperfeiçoamento científico. Nem sempre é possível a um só indivíduo encarar todos os vários aspectos de um mesmo problema patológico. A colaboração de especialistas e técnicos é muita vez de grande vantagem para a confecção de um trabalho. Haja vista para as excelentes monografias que vem publicando o Departamento de Profilaxia da Lepra. O presente volume está neste caso : é um estudo feito de colaboração, com parte experimental e com cuidadosa observação de 30 doentes, associando assim o espírito do investigador à argúcia do clínico. O volume contém 182 páginas. O trabalho foi feito na Clínica Dermatológica da Santa Casa, Serviço do prof. Aguiar Pupo.

Tuberculosis infantil — G. SIMON, Edição Morata, Madri, 1941.

Trata-se de uma edição em castelhano de um opúsculo do diretor do Sanatório Infantil de Aprath sobre o diagnóstico e a clínica da tuberculose infantil, em que o leitor encontra, modernizador e expostos com clareza os conhecimentos fundamentais sobre tão importante aspecto da tisiologia. O A. que escreveu com Redeker um tratado de tuberculose infantil, encara aqui os principais problemas da tuberculose pulmonar, pleural e meningéa na infância. O volume contém 112 páginas, com 44 gravuras.

Tifus exantemático y otras rickettsiosis exantemáticas — L. ALBALADEJO, Edição Morata, Madri, 1941.

O assunto é de oportunidade e interesse em nosso meio. Fazendo o elogio da obra, a Real Academia de Medicina e Cirurgia de Múrcia acentua que o autor passa em revista os mais importantes trabalhos estrangeiros sobre a matéria e que cuida minuciosamente do diagnóstico clínico e de laboratório, da investigação sobre os casos frustros, do emprêgo da vacina preventiva, reivindicando a primazia dos autores espanhóis na descrição da moléstia e na suspeita dos meios de transmissão. Tratando-se de um manual de 110 páginas, de leitura rápida, é livro destinado a larga divulgação em nosso meio, onde continuam a aparecer os casos esporádicos da moléstia.

Quistos amigdalóides — CARLOS J. DE MORO, Aniceto Lopez (Córdoba, 2.082), Buenos Aires, 1941.

Neste volume o A. estuda um dos mais interessantes capítulos da patologia ligada à embriologia. O assunto é tratado com minúcia e larga soma de conhecimentos, de forma a reunir um conjunto homogêneo, em que tanto os aspectos clínicos, bem como os aspectos etiopatogênicos e igualmente os aspectos cirúrgicos se apresentam devidamente desenvolvidos, oferecendo ao leitor um apanhado completo das questões atinentes aos quistos

branquiais com esboços tonsilares. O estudo é feito à luz de 30 observações, o que constitui casuística notável. O volume contém 88 páginas com 54 ilustrações.

Tratamiento moderno de las anemias — A. H. MÖLLER, edição em castelhano de Morata, Madri, 1940.

Trata-se de tradução de um livrinho alemão de grande alcance prático e que logrou alcançar grande divulgação naquele país. "E" o resultado de explicações dadas a médicos, baseadas em experiências próprias e em observações feitas à cabeceira dos doentes" diz o A. no prefácio. O livro é dividido em 20 capítulos, em que são estudados os vários tipos de anemia, trazendo cada um deles, no fim, referência bibliográfica quasi que só de autores alemães. O interessante no livro é que a terapêutica é apontada conforme o tipo e causa da anemia.

Patologia y clínica de los tumores conjuntivos del ovario —

JUAN SARDÍ, RODOLFO SAMMARTINO e LEONCIO ARRIGHI, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

Para recomendar este trabalho, basta dizer que saiu da Clínica Ginecológica do prof. J. Ahumada, de Buenos Aires. E' um livro que faz jus aos altos foros em que é tida a ciência médica argentina. Os AA. estudam com detalhes os tumores conjuntivos do ovário, dividindo o trabalho em duas partes — uma dedicada aos tumores benígnos, a outra aos malignos, detendo-se, particularmente, nos aspectos clínicos e anatomo-patológicos. O volume contém 142 páginas, com 72 excelentes figuras originais.

Las neurosis cardíacas — LUDWIG DELIUS, versão espanhola de Morata, Madri, 1941.

E' mais um excelente opúsculo que Editora Morata fez traduzir do alemão para gaudir dos neurologistas e cardiologistas que não conhecem aquela lingua. Os transtornos nervosos do coração são

expostos à luz dos modernos conhecimentos, esboçando o A. denominações novas para substituir as até agora empregadas e que trazem confusão no espírito do clínico. O volume contém 72 páginas, com 6 figuras.

Tumores intrarraquídeos —

JOSE MARIA MAINETTI — Separata da Revista de Cirurgia de Buenos Aires, Maio de 1936. 46 pgs. 19 figuras.

Em uma elegante "plaquete", separata da Revista de Cirurgia de Buenos Aires, o A., cirurgião geral em La Plata, adstricto à Cadeira de Clínica Cirúrgica, aproveitando a oportunidade que se lhe deparou de extirpar um tumor perimedular da zona cervical inferior, com diagnóstico de certeza feito mediante a colaboração de um especialista, elaborou uma mui bem desenvolvida revisão dos tumores intrarraquídeos, para o que compulsou ampla bibliografia.

Embora não se dedicando à especialidade, soube o autor bem escudado em numerosa literatura atinente ao assunto versado e tendo como "pivot" bibliográfico a grande experiência de Elsberg, apresentar o tema de modo bem claro, dando-nos através uma série de capítulos mui bem ordenados, uma síntese apreciável do assunto, sob o ponto de vista da clínica e da técnica cirúrgica.

Não se esqueceu o A., de fazer resaltar através o trabalho a experiência da escola neurocirúrgica argentina, representada pelos Drs. Arce e Balado, pospôndo-a através o desenvolvimento da matéria a dos diversos autores europeus e americanos.

Iniciando o seu trabalho com o capítulo GENERALIDADES, CLASSIFICAÇÃO, o autor passa em revisão mostrando estatísticas várias, as localizações principais dos tumores em altura ao longo do cilindro medular, fazendo em seguida o mesmo com relação à sua localização em profundidade. Após classificação-los em extradurais (epidurais), intradurais extramedulares (perimedulares) e intramedulares, passa às classificações menores de cada tipo, obedecendo a orientação de Elsberg, fazendo considerações breves sobre particularidades clínicas e técnicas.

Em capítulos mais condensados aborda, num sentido amplo a SINTOMATOLOGIA, DIAGNÓSTICO (diferencial e especial), para se estender em considerações maiores nos capítulos seguintes referentes à TÉCNICA e PROGNÓSTICO;

Finalizando apresenta a observação do caso que teve ocasião de apreciar e intervir, mostrando-nos uma observação bem documentada e ilustrada com clichês radiográficos, microfotografia e macrofotografia da peça operatória e ilustrações da técnica adotada. J. M.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos da Polícia Civil de São Paulo, II, 1-509, 2.º semestre de 1941 — Primeiro centenário da Polícia Paulista — A. C. de Paula Lima; Os reveladores da mentira — A. de Almeida Jr.; Determinação médico-legal da paternidade — Arnaldo Amado Ferreira; Novos ramos da criminologia — Flaminio Favero; A 80)

loucura superveniente no Código Penal de 1940 — A. Issa Assaly; Do ritmo na pericia gráfica — R. de Molina Cintra; Dados para um ensaio de metodização documentoscópica — José del Picchia Filho; Os estigmas profissionais e a dactiloscopia — Oscar Baldijão; O problema da determinação da idade nos esqueletos — Oscar R.

de Godoi; Emprego da perspectiva paralela na determinação de distâncias em fotografias sem escala — E. C. Engelberg Jr.; Morte por hemorragia; síndrome mediastinal — Ernesto Lopes Jr.; Elementos de perícia em incêndio — Guaraci P. Torres; Os criminosos na tragédia grega — Francisco Isoldi; A grafística e os novos rumos de medicina legal — R. de Molina Cintra; Fotografias de armas com fundo milimetrando — E. C. Engelberg Jr.; A perícia das armas de fogo no moderno cenário da polícia científica — Vicente Chierigatti; Homicídio ou suicídio — V. Valentino; Perícias de acidentes e incêndios — Juraci Câmara Silveira; A estatística no estudo da criminalidade — Raul J. do Amaral; Himen imperfurado — C. Fleury; Cincoentenário da identificação dactiloscópica na América — Roberto Thut; Endocrinologia e criminologia — Pedro Moncau Jr.; Caracterização das manchas de sangue por meio de micro-reações cristalinas e da quimio-luminescência — H. Vieira de Campos; Grupos sanguíneos em líquido, tecidos humanos e suas manchas — Oscar R. de Godoi; Publicações sensacionalistas — José R. Pantoja; A perícia nos crimes de furto e roubo, em face das disposições do novo Código Penal — Nabor Ferreira Neves; Um pioneiro do ensino nos estabelecimentos penais do Brasil — Leandro Bezerra; Explosões em reservatórios de ar comprimido — J. Câmara Silveira; Cifrar e decifrar — O. L. Porchat; Odontologia-legal e o Código Penal — Luís Silva; Sobre um raríssimo caso de pseudo-hermafroditismo masculino interno — Joaquim Vieira Filho e Otávio de Toledo; Estudo psicológico e psiquiátrico de um "medium" celebre — E. A. Whitaker.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, II, 100-157, dezembro de 1941. — As formas clínicas da doença de Heine-Medin — Martagão Gesteira; Algumas pesquisas sobre vitaminas e globos oculares — F.

A. de Moura Campos; Conceito moderno sobre o reumatismo — J. P. Pinto de Moura; Paralisia de VI par craniiano. Acidente de raquianestesia — Armando Strazacappa; A quimioterapia na disenteria bacilar — José Passos Maia; Sobre três casos de pelagra — Roldão de Toledo e Oswaldo Davá; Pneumo-radiografia do timo — Heitor Nascimento; Abscesso retro-faríngeo da criança — Guedes de Melo Filho; Qual a origem do sufixo ite, em medicina? — P. Mangabeira Albernaz.

Folia Clínica et Biologica, XIII, 165-196, n.º 6 1941 — Vitamina B2 complex and appetite — C. C. Nogueira e F. A. de Moura Campos; Observações na série vermelha de sangue de "caiman latirostris Daud" — F. Figueira de Melo, L. C. Junqueira e A. C. Mauri; Intradermoreação com paracoccidiodina no diagnóstico do granuloma paracoccidiodico. A reação de Montenegro no granuloma paracoccidiodico — F. de Almeida e Carlos da Silva Lacaz; Do encontro do A. (N) Darlingi Root 1926 e do A. Oswaldoi var. Hetcalfi e Lane 1937 naturalmente infectados com os parasitos maláricos na região sul do Estado de S. Paulo — R. R. Correa e A. da S. Ramos.

Gazeta Clínica, XXXIX, 405-438, novembro de 1941 — As Universidades Norte-Americanas — Mendes de Castro; Vitamina na alimentação e vitamina como medicamento — Castro Carvalho.

Neurônio, III, 1-30, janeiro 1942 — Recensões dos trabalhos latino-americanos de neurologia, psiquiatria, de medicina-legal e ciências afins.

Resenha Clínico-Científica, XI, -40, janeiro 1942 — Observações clínicas sobre a difteria maligna — Ivo Nasso e Maria Prebil; A nefrite por empetigo — Mário Artom; Organotropismo bacteriano e infecções focais — Alessandro Seppilli; Novidades no campo da terapêutica da sífilis — Mário Truffi.

Revista Brasileira de Leprologia, IX, 334-450, dezembro 1941 — Cicatriz residual da lepra tuberculóide infantil — José M. M. Fernandez; Comentários sobre resultados de biópsia de mucosa nasal praticadas em doentes de lepra candidatos à alta — Armando Berti; O diagnóstico das máculas de origem leprosa pelas injeções intradérmicas de pelocarpina — A. S. da Silva e Oliveira; Considerações em torno de um caso de lepra na infância — Nelson Souza Campos.

Revista de Cirurgia de São Paulo, VII, 200-261, novembro-dezembro 1941 — Dois casos raros de cirurgia gástrica — A. Bernardes de Oliveira; Hernias por escorregamento do grosso intestino — E. Pinto Souza.

Revista Clínica de S. Paulo, X, 145-174, novembro 1941 — Bloqueios cardíacos — J. P. Pinto de Moura.

Revista do Instituto Adolfo Lutz, I, 203-487, dezembro 1941 — Adolfo Lutz — Raul Briquet; Um novo problema sanitário em S. Paulo. Primeiros resultados de um inquérito sobre as tinhas — Nicolau Rossetti; Sobre o padrão bacteriológico do leite em São Paulo — A. Francia Martins; Pasteurelose humana — Bruno R. Pestana, Maria Arantes e Ettore Rugai; Considerações sobre os animais de laboratório — Hassib Ashear; Estudo comparativo entre o meio de Levine e Vaughn e um novo meio, isento de peptona, para determinação da produção de H₂S pelas bactérias — Ettore Rugai; Dados epidemiológicos sobre a doença de Chagas, em uma zona restrita do Estado de São Paulo — J. O. Coutinho; Técnica do preparo vacina e antígeno para a Leishmaniose tegumentar americana — M. O. Alvares Corrêa; Orientação prática para a identificação das leveduras — Floriano de Almeida, Carlos da Silva Lacaz e Olga de Barros; Nodulosidades justa-articulares de Lutz-Jeanselme — João Montenegro; Teores

de acidez em farinhas — Mário Sampaio Melo; Teor de ácido ascórbico em tomates frescos e massas de tomates — Renato Fonseca Ribeiro e Ana Gomes.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, I, 1-35, janeiro-fevereiro de 1941 — Anestesia peridural — Luiz G. da Rocha Azevedo.

36-73, março 1941 — Riboflavina e piridoxina no Cará — F. de Moura Campos; A propósito de dois casos de perfuração intestinal — J. Soares Hungria.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, VII, 250-314, novembro-dezembro 1941 — A higiene mental escolar por meio da clínica de orientação infantil — Durval Marcondes; Avaliação dos resultados obtidos na clínica de orientação infantil de São Paulo — Durval Marcondes e Jof Arruda; Contribuição para o estudo do problema dos repetentes na Escola Primária, condições físicas, psíquicas e sociais — Durval Marcondes; Hipogonadismo e problemas de conduta entre escolares do sexo masculino — José Inácio e Mário Velez; Sobre os distúrbios mentais entre os professores públicos — Jof Arruda; Sobre a instabilidade psicomotora dos escolares — Mário Velez; A visitadora social psiquiátrica e seu papel na higiene mental da criança — Virginia Leone Bieudo; A apatia o retraimento dos escolares como problema de higiene mental — Ligia Alcântara.

Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo, V, 150-198, agosto de 1941 — Aspectos sociais da assistência obstétrica — Alvaro Guimarães Filho; Úlcera solitária da bexiga — Ataíde Pereira; Determinação médico-legal da paternidade — Arnaldo Amado Ferreira.

Revista Paulista de Medicina, 125-180, setembro de 1941 — Carcinoma do penis — J. M. de Freitas; Emprêgo da sulfanilamida intra-peritoneal num caso de apen-

dicite perfurada e peritonite difusa — H. Arouche de Toledo; A prova da santônica em tuberculosos — Roberto Brandi; Agranulocitose provocada pela sulfamida — Ariovaldo Carvalho e Luiz Aires; Hormônios e perturbações testiculares — Luciano Décourt.

Revista Paulista de Tisiologia VII, 353-418, novembro-dezembro de 1941 — A Coramina no diagnóstico e na terapêutica da tuberculose pulmonar — Ernesto Ayer Filho; O problema da tuberculose — Geraldo Franco; Resultados imediatos e mediados do pneumotórax artificial — Diogenes A. Certain.

São Paulo Médico, XIV, 187-248, dezembro 1941 — A deter-

minação da taxa de sulfonamidas na medula óssea. Considerações sobre a gênese da neutropenia baseadas no hemo e mielograma — Luiz Aires e Dario Pedroso; Estudos experimentais sobre o ozona medicinal — L. J. Bassit.

Therapia, III, 1-64, setembro-dezembro 1941 — Um caso de reumatismo poliarticular agudo em lactente de sete meses — Manuel de Oliveira Adrião; Impotência e prostatite não gonocócica — Moisés Fisch; O "fogo selvagem" e a moléstia de Job — José Aranha Campos; Dois casos de flegmão circunscrito da pálpebra superior — Francisco Pereira; Tuberculose dos velhos — Urcício Santiago; Rim policístico — Carlos Moraes Barros e Augusto Mota Pacheco.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Necrológio

Prof. Alvaro Lemos Torres — Os meios científicos e sociais de S. Paulo foram abalados por uma dolorosa surpresa, a notícia da morte do professor Alvaro Lemos Torres, diretor da Escola Paulista de Medicina.

O professor Alvaro Lemos Torres era natural do Distrito Federal, onde nasceu em 15 de abril de 1884. Fez o curso de Humanidades no Colégio Pedro II, então Ginásio Nacional, pelo qual se bacharelou em ciências e letras, em 1912. Aproveitando-se de uma concessão legal, fez, em março do ano seguinte, 1903, exame vago do primeiro ano da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado e entrando diretamente para o segundo ano, o que lhe permitiu defender tese em dezembro de 1907.

Como estudante, entre os anos de 1914 e 1917, foi interno da clínica médica do professor Rocha Faria. De 1908 a 1913 clinicou em

Avaré, neste Estado, onde dirigiu, como diretor-clínico, a Santa Casa local, prestando serviços profissionais sem remuneração de espécie alguma. Ainda em 1908 foi nomeado médico da E. F. Sorocabana, da qual se demitiu em 13 de fevereiro de 1916. Em 1912, grassando, novamente em certas regiões do Estado, uma forma epidêmica paravariolosa, identificada por Emilio Ribas como "Alastrim" ou "milk-pox", foi indicado para debelar o mal em Avaré. Da sua ação resultou, por indicação de Emilio Ribas, a sua nomeação para dirigir o posto da Comissão de Tracoma em Descalvado. Entretanto, declinou desse convite. A 18 de maio de 1914, substituiu, como interino, o dr. Dorival Camargo Penteado, assistente do Butantã. Nessa interinidade foi encarregado da Serologia anti-oftálmica e da classificação das peças do Museu, relativas à Parasitologia. Na gripe de 1918 dirigiu o hospital do "Mackenzie College", eriado e



Prof. A. Lemos Torres

mantido pela União dos Pastores Evangélicos de S. Paulo, tendo como auxiliares os médicos da Comissão Rockefeller, professor Darling e drs. Hydriche e W. Smillie. A sua ação, nessa ocasião, foi calorosamente elogiada pelo dr. Artur Neiva, então diretor do Serviço Sanitário da capital.

A 9 de fevereiro de 1919, por proposta do diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo, dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, foi nomeado chefe de clínica da Quinta Enfermaria de Homens e Mulheres. Em 1932, foi encarregado, pelo dr. Sinesio Rangel Pestana, diretor-clínico dos hospitais da Santa Casa de S. Paulo, de dirigir e organizar o hospital de "São Luiz Gonzaga" em Jaçanã.

O professor Lemos Torres foi o primeiro médico a criar em São Paulo um serviço pre-natal, a pedido do dr. Sílvio Maia, diretor

da Maternidade de S. Paulo e professor de Clínica Obstétrica, o mesmo tornando a fazer por solicitação do atual professor Raul Briquet, na atual clínica da Faculdade.

Em 1934 foi eleito para o cargo de presidente da seção de Tisiologia da Associação Paulista de Medicina. Em 1936 foi, por decreto do sr. Presidente da República, nomeado para representante oficial do Brasil nos Congressos de Medicina Esportiva de Berlim e de Molestias Internas de Wiesbaden.

A morte colheu-o na direção da Faculdade Paulista de Medicina onde a sua ação brilhante de cientista e de organizador era objeto do mais profundo respeito e admiração por parte da classe médica.

Dr. Eurico Tomaz de Carvalho — Faleceu nesta capital aos 35 anos de idade, o dr. Eurico Tomaz de Carvalho, natural de Casa Branca.

O extinto, após um curso brilhante, diplomou-se em 1931, pela Faculdade de Medicina de São Paulo. Pertencia ao quadro da Assistência Pública, sendo médico, também, do Colégio Arquidiocesano e da Creche "Baroneza de Limeira". Publicou interessantes trabalhos.

Dr. Mário Graccho Pinheiro Lima — Faleceu, no dia 6 de janeiro, em Santos, o dr. Mário Graccho Pinheiro Lima, médico chefe do Centro de Saúde local.

O extinto, por muitos anos, residiu nesta capital, onde fez grande clínica, gozando, dentro de sua profissão, de grande prestígio.

Por várias vezes ocupou cargos de eleição, quer na vereança municipal, quer na deputação estadual.

Transferindo-se para Santos, por motivo de saúde, ultimamente ocupava o cargo de médico chefe do Centro de Saúde daquela cidade.

Philergon, fortifica de fato

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Jubileu professoral do Dr.

João Paulo da Cruz Brito — Realizaram-se no dia 6 de janeiro, na Santa Casa desta capital, as solenidades comemorativas do jubileu professoral do dr. João Paulo da Cruz Brito, ilustre catedrático de clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Lecionando há 23 anos a sua especialidade, o prof. J. Brito criou em São Paulo uma escola oftalmológica de que se encontram representantes nos serviços de olhos de todo o Brasil, tendo dado ao ensino da oftalmologia nova e sã orientação haurida nas principais clínicas de Viena e Berlim, e caracterizada por grande apuro no meio dos problemas oftalmológicos.

Após a missa rezada na capela central da Santa Casa, efetuou-se uma sessão solene no salão nobre do Instituto de Radio, a que compareceu grande número de colegas, amigos, colaboradores e discípulos do ilustre cientista.

Tomaram assento à mesa, o prof. dr. Benedito Montenegro, di-

retor da Faculdade de Medicina e presidente de honra da sessão; dr. Sinesio Rangel Pestana, diretor clínico, e Meireles Reis, mordomo do Hospital; dr. Jacques Tupinambá, presidente da Sociedade de Oftalmologia de São Paulo que presidiu os trabalhos e prof. Ciro de Resende, docente da Clínica de Olhos da Faculdade de Medicina, que recebeu a incumbência de saudar o prof. João Paulo Cruz Brito.

Por designação do dr. Jacques Tupinambá, o prof. J. Brito foi introduzido no recinto por uma comissão composta dos professores Cândido Moura Campos, Celestino Bourroul e dr. Plínio Caiado de Castro.

Falou então o dr. Jacques Tupinambá, que fez um retrospecto dos serviços prestados pelo distinto mestre à oftalmologia brasileira e particularmente a Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, de que foi o primeiro presidente.

A seguir, discursou o prof. Ciro de Resende.

Associação Paulista de Medicina

- Conferencias sobre cirurgia de guerra — A atual diretoria da Secção de Cirurgia, organizou para o ano de 1942, um programa do qual constarão temas relacionados à Traumatologia e Cirurgia de Guerra. Para relatores desses temas, foram convidados profissionais de reconhecida competência nos vários assuntos. Em cada sessão serão relatados dois assuntos que poderão ser discutidos. O programa está assim organizado:

Fevereiro : —

Prof. A. Bernardes de Oliveira, "Sulfamidas em Traumatologia"

— Prof. Alípio Corrêa Neto, "Queimaduras".

Março : —

Prof. Antonio Prudente, "Tratamento das grandes perdas de substância dos tecidos". — Prof. A. Souza Cunha, "Tratamento das fraturas da face".

Abril : —

Prof. O. Lange "Conduta geral nos traumatismos craneo-encefálicos" — Prof. Carlos Gama, "Tratamento cirúrgico dos traumatismos craneo-encefálicos".

Maior : —

Prof. Benedito Montenegro, "Ferimentos penetrantes do abdo-

me". — Dr. E. C. F. Mondadori, "Anestesia em cirurgia de guerra".

Junho : —

Coronel Dr. Herbert de Vasconcelos, "O problema dos primeiros socorros e do transporte dos feridos em campanha".

Julho : —

Prof. Eduardo Etzel, "Ferimentos penetrantes do torax". — Dr. Lineu M. Silveira, "Orientação no tratamento das feridas".

Agosto : —

Prof. A. Tolosa, "Traumatismos da medula" — Prof. D. Define, "Fraturas da coluna".

Setembro : —

Prof. Eurico Bastos, "Traumatismos do sistema nervoso peri-

férico" — Prof. S. Hermeto Junior, "Traumatismos dos vasos periféricos".

Outubro : —

Dr. Charles E. Corbett, "Gazes de guerra; ação farmacológica". — Prof. W. Büngeler, "Anatomia patológica das lesões por gazes de guerra".

Novembro : —

Prof. O. Pinto de Souza, "Ferimentos articulares" — Prof. F. E. Godoy Moreira, "Tratamento das fraturas expostas".

Dezembro : —

Prof. José Maria de Freitas, "Amputações em cirurgia de guerra". — Prof. Darcé V. Itiberê, "Traumatismos do aparelho uro-genital".

Sociedade Paulista de Leprologia

Sessão solene para a posse da nova diretoria — Realizou-se no dia 10 de janeiro, no salão de conferências do "Instituto Conde Lara", uma assembléa geral extraordinária da Sociedade Paulista de Leprologia afim de se dar posse a diretoria que dirigirá a referida Sociedade durante o ano corrente.

Inicialmente o dr. Humberto Cerrutti, representando a diretoria cujo mandato expirava naquela data, apresentou relatório sobre o transcorrer das atividades sociais de 1941 e enalteceu o valor dos novos diretores que em seguida foram empossados nos respectivos cargos.

E' a seguinte a nova diretoria: presidente, dr. Moacir de Souza Lima, vice-presidente, dr. Demétrio V. Toledo; tesoureiro, dr.

Nestor Solano Ferreira; secretário geral, dr. Renato P. Braga e secretário, dr. Luiz Batista.

Em seguida o dr. Francisco de Sales Gomes Junior, propoz um voto de louvor a antiga diretoria pela sua excelente gestão.

Antes de encerrar a sessão o novo presidente, dr. Moacir de Souza Lima, em nome dos seus colégas agradeceu os elogios do dr. Humberto Cerrutti, e, em linhas gerais, traçou o programa a ser desenvolvido.

Foi instituído pelo dr. Francisco de Sales Gomes Junior, um premio anual para o melhor trabalho científico lido em sessão e publicado na "Rev. Brasileira de Leprologia", prêmio que por sugestão do doador receberá o nome de "Raul Margarido da Silva".

Centro Academico "Osvaldo Cruz"

Premios "Osvaldo Cruz" e "Arnaldo Vieira de Carvalho", distribuídos pela Liga de Combate ao Cancer — A Liga de Combate ao Cancer anexa ao Departamento Científico do Centro Aca-

dêmico "Osvaldo Cruz", oferece anualmente, por intermédio do Laboratório de Produtos Científicos "Torres", 2 prêmios aos melhores trabalhos realizados por médicos (Osvaldo Cruz) e estudantes

de medicina (Arnaldo V. Carvalho) sobre assuntos referentes ao diagnóstico do cancer.

Os trabalhos premiados este ano foram os seguintes: Prêmio "Oswaldo Cruz"; "Soro diagnóstico do cancer pela reação de Bendien Lowe", de autoria dos drs. Paulo da Silva Lacaz, assistente e chefe do Laboratório de Química Bio-

lógica da Faculdade Nacional de Medicina, e Edgard Gonçalves da Rocha, do Serviço de Nutrição do Rio de Janeiro; e prêmio "Arnaldo Vieira de Carvalho". "Proteínas em soro de indivíduos portadores de neoplasias. Reação soro-diagnóstico de Carlos e José Esculies," de autoria dos acadêmicos Celso P. Piero e Euripedes Garcia.

Serviço Médico-Legal do Estado

Relatório de 1941 — Acaba de ser apresentado ao sr. secretário da Segurança Pública, detalhado relatório, pelo diretor do Serviço Médico Legal, referente aos trabalhos afetos àquele departamento da Polícia Civil, no ano findo:

Agressões graves, 377; leves, 1.732; desastres graves, 1.377; leves 1.337; tentativas de suicídio graves, 181; leves, 45; exames cadavéricos, 498; autopsias, 208; sanidade física, 94; violência carnal, 443; exames de idade, 16; exames negativos, 195; exames feitos mas dispensados pelas autoridades, 215; feto examinado, 1; exames de acidentes no trabalho, 948; obitos verificados, 764; ofícios recebidos, 1.389; ofícios expedidos, 1.397; informações em protocolo, 169; certidões fornecidas, 43; diligências efetuadas fora da Capital, 44; acidentes no trabalho requisitados, 1.287.

- Necrotério: autopsias procedidas, 460; exames cadavéricos, 245; exames cadavéricos feitos mas dispensados, 51; cadáveres de desconhecidos fotografados e fichados, 83; fotografias diversas, 250; sepultamentos efetuados, 320; fichas dactiloscópicas, 290.

Laboratório de Anatomia Patológica e Microscopia: Perícias microbacterioscópicas, 60; histo-

patológicas, 130; anátomo-patológicas microscópicas, 23; peças anatômicas preparadas para o Museu 29; preparações histológicas, 235; preparações bacterioscópicas, 85; ofícios recebidos acompanhando material do Interior e de outros Estados do Brasil, 13.

Laboratório de Toxicologia — Dosagem de álcool no sangue (Grau de embriaguez): material exíguo, 9; exames negativos, 14; sem embriaguez, 10; embriaguez com ressalva, 6; embriaguez, 79; embriaguez completa, 21; profunda, 2; intoxicação aguda alcoólica, 5; exames químico-toxicológicos, determinados positivos, 48; negativos, 5; indeterminados positivos, 33; negativos, 36; autopsias e extração de vísceras, 60; exames cadavéricos, 6; exumação, 1; endógenos, 7.

Até 31 de dezembro foram ainda recebidas as seguintes cópias de exames realizados pelos Postos Regionais: Araraquara, 176; Baurú, 170; Botucatu, 203; Campinas, 952; Casa Branca, 75; Guaratinguetá, 188; Itapetininga, 185; Penápolis, 250; P. Prudente, 148; R. Preto, 27; Rio Preto, 84; Santos, 1.245; Região da Capital, 117; Sorocaba, 237. O Arquivo Geral da Seção do Expediente, entre protocolos, fichas, informações, etc., acusou um movimento de 35.599 casos.

LINIMENTO HIPOS
PARA FRICÇÕES

GLYCOSORO

SORO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

Laboratorio
Gross
Rio de Janeiro

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames
Radiologicos a domicilio

•

Consultorio :

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone : 4-0655

Residencia :

RUA TUPY, 593

Telephone : 5-4941

SÃO PAULO

*Injeções inteiramente indolores e
sem reacção local*

Calcio Isotonico GROSS

O mais moderno recalçificante sem perigo
Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

o
oo

re

S

go
ro